Медицинский справочник

МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК

ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

проф. А. Н. ШАБАНОВА

ИЗДАНИЕ ВОСЬМОЕ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1960 — МОСКВА

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

В настоящее издание Справочника внесен ряд серьезных изменений. Учтено все то новое, что вошло в медицинскую практику и полностью себя оправдало; исключено все то, с чем фельдшеру почти не приходится встречаться и что в значительной степени делало Справочник недостаточно удобным для пользования. В результате книга в значительной степени потеряла свою громоздкость.

Естественно, что Справочник ни при каких условиях не может заменить учебник, руководство или книгу, посвященную какому-либо одному вопросу. Наоборот, материал Справочника должен возбуждать интерес медицинского работника к более глубокому изучению медицинской науки.

Издательство просит всех читателей Справочника сообщить свои замечания о его структуре и содержании и о желательных дополнениях по адресу: Москва, Петровка, 12, редакция справочников Медгиза.

ГЛАВА I

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС (ГНОЙНИК) ЛЕГКОГО. ГАНГРЕНА (ОМЕРТВЕНИЕ) ЛЕГКОГО (ABSCESSUS PULMONIS, GANGRAENA PULMONIS). При абсцессе легкого происходит отграниченный от здоровой ткани гнойный распад легочной ткани, вызываемый преимущественно гноеродными бактериями — стафилококками и стрептококками; при гангрене легкого имеет место гнилостный распад легочной ткани без заметного отграничения от здоровой ткани, вызываемый гнилостными бактериями.

Гнойник, а также гангрена легких чаще всего развиваются при пневмониях у очень ослабленных, истощенных больных и у стариков. Инородные тела, попадая в легкие через дыхательные пути, могут вызывать также образование абсцесса или гангрену.

Симптомы и течение. Температура ремиттирующая, часто гектическая. В крови — лейкоцитоз. При перкуссии и аускультации в области закрытых абсцессов отмечаются небольшое притупление, ослабленное дыхание и влажные хрипы вокруг очага. Иногда никаких изменений обнаружить не удается.

При опорожнении гнойника через бронх выделяется большое количество гнойной жидкой мокроты с приторным запахом. При гангрене легкого мокрота грязного цвета, с резким гнилостным запахом.

В мокроте при исследовании обнаруживают эластические волокна (продукт распада легочной ткани) и обрывки легочной ткани (при гангрене).

Перкуссия образовавшейся в легких полости дает тимпанический звук (если полость значительна по своим размерам); при аускультации же отмечается бронхиальное или амфорическое дыхание, а вокруг полости — влажные хрипы.

После опорожнения абсцесса полость может постепенно зарубцеваться и наступить полное выздоровление.

Иногда болезнь переходит в хроническую форму: температура падает, может быть даже нормальной, но больной продолжает выделять большие количества мокроты с запахом; при этом продолжается общая интоксикация от всасывания в кровь продуктов распада, развивается значительное малокровие, общая слабость, потеря аппетита, последующее истощение организма; пальцы принимают вид «барабанных палочек».

Вследствие разрушения некротическим процессом кровеносных сосудов могут быть кровотечения. Поверхностно расположенный абсцесс может прорваться в плевру и вызвать пиопневмоторакс.

Как тяжелое осложнение общей интоксикации при хроническом течении болезни может развиться амилоидоз внутренних органов, в том числе и амилоидно-липоидный нефроз.

Распознавание. Невскрывшийся абсцесс трудно распознать. Иногда диагноз можно поставить только при помощи рентгеновского исследования. Абсцесс легкого можно принять за опухоль легкого, осумкованный плеврит, воспаление легких. Вскрывшийся абсцесс или гангрену

можно спутать со вскрывшейся через бронх эмпиемой, бронхоэктазней, туберкулезной каверной (см. *соответствующие болезни*). Трудно отличить абсцесс легкого от гангрены вследствие сходства признаков. Обычно гангрена протекает более остро: более высокая температура, большее количество мокроты с резким гнилостным запахом. Все явления при гангрене быстро нарастают, и болезнь чаще заканчивается смертью.

Лечение. Свежий воздух, разнообразное питание. В постели больному периодически придают такое положение, при котором лучше отходит мокрота: например, приподнимают (на 20—30 см) ножной или, наоборот, головной конец кровати на 2—3 часа.

Из лекарств применяют сульфаниламидные препараты (см. *Пневмония крупозная*). При абсцессах сульфаниламидные препараты применяют более продолжительное время. Необходимо наблюдать, не вызывают ли сульфаниламиды интоксикацию (потеря аппетита, тошнота, рвота, головные боли и пр.), лейкопению, дизурические явления, уменьшение выделения мочи.

Наиболее эффективными средствами являются пенициллин и другие антибиотики.

Пенициллин вводят внутримышечно 4—6 раз в сутки через равные промежутки времени (через 6, 4 или 3 часа). В сутки вводят 400 000—800 000 ЕД и более, а всего за курс лечения 4 000 000, 6 000 000, 10 000 000 ЕД и более. Для уменьшения болезненности инъекций пенициллин растворяют в 0,5% растворе новокаина.

Хороший эффект получается от применения пенициллина в виде аэрозоля (по 200 000 ЕД пенициллина 2 раза в сутки).

Если пенициллин не вызывает эффекта, то применяют другие антибиотики — биомицин (по 100 000 ЕД 6—8 раз в сутки), террамицин (по 200 000 ЕД 3—4 раза в сутки), тетрациклин (по 0,15 г 4—5 раз в сутки), левомицетин (по 0,5 г через 4—6 часов), стрептомицин (по 0,25—0,5 г внутримышечно 2 раза в сутки). В некоторых случаях полезно комбинированное лечение антибиотиками (например, пенициллина с биомицином или стрептомицином); иногда применяют антибиотики в сочетании с сульфаниламидами.

Иногда хорошее действие, особенно при гангрене легких, оказывает внутривенное вливание новарсенола как средства, действующего на спирохеты (6—8 вливаний с четырех-пятидневными промежутками): сначала по 0,15 г, а затем увеличивают дозу до 0,3—0,45 г, на курс лечения назначают 2—2,25 г. Наряду с этим применяют ежедневные внутривенные вливания 10—20 мл 33% спирта или 40% раствора уротропина по 5—10 мл. Однако после введения в практику антибиотиков и сульфаниламидов внутривенные вливания новарсенола, спирта и уротропина утратили свое значение.

При нарастающем малокровии рекомендуются повторные вливания крови в количестве 100—200 мл.

При мучительном кашле назначают успокаивающие средства: кодеин, дионин (по 0,015 г 3 раза в день). При плохом отхождении мокроты дают отхаркивающие.

Рот следует полоскать дезинфицирующими растворами: риванол — 0,1% раствор, по 1 столовой ложке на стакан воды для полоскания; марганцовокислый калий — 1—2 кристаллика на стакан воды.

При безуспешности лечения (в течение 6—8—10 недель) больных направляют для хирургического лечения (удаления доли легкого или легкого).

Профилактика. Ранняя диагностика пневмонии, различных септических заболеваний и энергичное лечение их антибиотиками, сульфаниламидами и другими методами, ведущими к укреплению организма (полноценное питание, чистый воздух, сердечные средства, соответствующий режим и пр.). Предохранение людей (особенно детей, стариков и больных

с расстройством глотания) от попадания инородных тел в дыхательное горло. Правильный уход за больными со рвотой, особенно находящимися в бессознательном состоянии (травма черепа, кровоизлияние в мозг, наркотизированные больные и т. д.).

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ см. *Хирургические болезни. Абсцесс печени.*

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) А см. *Глазные болезни. Авитаминоз А.*

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) B_1. Отсутствие или недостаточное содержание в пищевых продуктах витамина B_1 — тиамина — приводит к ряду расстройств в организме, преимущественно со стороны нервной системы. К заболеванию ведет и недостаточное усвоение организмом имеющихся в пище витаминов.

Наибольшее количество витамина B_1 содержится в наружной оболочке (отрубях) зерновых культур, в бобовых растениях и дрожжах.

Поэтому в белой пшеничной высококачественной муке, не содержащей наружной оболочки (отрубей), не имеется витамина B_1.

Суточная потребная доза тиамина для взрослого человека в среднем равна 2—3 мг.

На юго-востоке Азии и в Японии наблюдается тяжелая форма авитаминоза B_1, называемая бери-бери, возникающего вследствие питания беднейшего населения почти исключительно полированным (лишенным отрубей) рисом.

Симптомы и течение. Вначале больные жалуются на быструю утомляемость, слабость, плохой аппетит, запоры, иногда тошноту. Затем поражаются периферические нервы (полиневрит — см. *Нервные болезни*), отмечается понижение чувствительности, боли в икроножных мышцах, судороги и, наконец, наступают параличи. Развиваются явления сердечной недостаточности: одышка, отеки, тахикардия, падение артериального давления, ослабление сердечных тонов. Течение болезни зависит от степени ее развития и своевременно принятых мер к восполнению в организме недостающих витаминов.

Лечение и профилактика. С профилактической и лечебной целью рекомендуется полноценное питание с богатым содержанием витамина B_1: дрожжи пекарские и пивные; ржаной хлеб, пшеничный хлеб грубого помола (с отрубями); гречневая крупа, бобовые растения (соя, бобы, горох и др.); печень, сердце и почки крупного рогатого скота и свиней; орехи грецкие, лесные и арахис.

Назначают витамин B_1 в чистом виде (тиамин). Его выпускают в пилюлях (драже), содержащих по 1—2 мг витамина в каждой пилюле. Также назначают драже, содержащее одновременно витамин B_1 и витамин С.

Тиамин можно назначить и в виде подкожных впрыскиваний.

При авитаминозе B_1 тиамин назначают в 0,5—5% растворе.

Rp. Sol. Thiamini bromati 0,5% 1,0
D. t. d. 10 in amp.
S. По 1 мл 1 раз в день подкожно

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) B_2. Причиной болезни является отсутствие или недостаточное содержание в пище витамина B_2 — рибофлавина.

Рибофлавин имеет большое значение в процессах восстановления клеток организма для правильного его роста и для органов зрения. Недостаток рибофлавина ведет к помутнению роговицы и образованию катаракты. Витамин B_2 играет большую роль в белковом и углеводном обмене. Наиболее богаты рибофлавином пекарские и пивные дрожжи, печень, почки, мясо, молочные продукты, яйца. Минимальная суточная потребность взрослого человека в рибофлавине равняется 2 мг.

Симптомы и течение. Общая слабость, ослабление умственной деятельности, падение аппетита, трещины и болезненность слизистой губ и углов рта, красный язык со сглаженными сосочками, чувство жжения кожи, резь в глазах, слезотечение, помутнение роговицы, катаракта, конъюнктивит. В тяжелых случаях — резкая слабость, коллапс, рвота и судороги.

Лечение и профилактика. Пища, богатая витамином B_2: молоко, сыр, яйца, дрожжи, печень; соевые бобы, чечевица, грибы. Лечение — рибофлавин и камполон.

Рибофлавин оказывает действие только при достаточном белковом питании, особенно животными белками.

Rp. Riboflavini 0,003
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл ежедневно для внутримышечных инъекций

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) С см. *Цинга.*

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) D см. *Детские болезни. Рахит.*

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) К. Витамин К содержится в зеленых листьях капусты, шпината, крапивы, в хвое, зеленых томатах, в некоторых животных продуктах (например, в печени). Вырабатывается также в кишечнике бактериями. Для образования витамина К необходимо достаточное количество нормально перевариваемых жиров, что возможно лишь при нормальной функции печени.

Витамин К принимает участие в процессе свертывания крови. Он оказывает влияние на образование в печени протромбина, необходимого для свертывания крови. При отсутствии или недостаточности витамина К понижается свертываемость крови, вследствие чего развивается или усиливается кровоточивость. Поэтому при кровотечениях, особенно связанных с понижением свертываемости крови, для усиления процессов свертываемости назначают витамин К. Применяют обычно препарат витамина К викасол.

Rp. Vicasoli 0,01
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Vicasoli 0,3% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл внутримышечно

При гиповитаминозе К рекомендуется также переливание крови.

АВИТАМИНОЗ (ГИПОВИТАМИНОЗ) РР см. *Пеллагра.*

АВИТАМИНОЗЫ (ГИПОВИТАМИНОЗЫ) — это заболевания, вызываемые отсутствием тех или других витаминов или недостаточным содержанием их (гиповитаминозы) в организме. Практически чаще наблюдаются не авитаминозы, а в большей или меньшей степени гиповитаминозы. В повышенном потреблении витаминов нуждаются лица, занимающиеся тяжелым физическим трудом, дети, беременные и кормящие матери, жители Крайнего Севера.

Авитаминозы развиваются также вследствие разрушения витаминов в желудочно-кишечном тракте, нарушения всасываемости и усвоения их организмом, повышения их выделения. При авитаминозах нужно заботиться о полноценном питании, так как некоторые витамины усваиваются только при достаточном потреблении белков, жиров и углеводов. Так, рибофлавин (витамин B_2) усваивается только при достаточном количестве в пище белков, витамины А и К — только при наличии достаточного количества жиров.

Витамины широко применяют с лечебной целью не только при различных авитаминозах.

При острых и хронических инфекциях, при упадке питания, при различных кровотечениях, малокровии, желудочных, кишечных, печеночных и других заболеваниях с лечебной и профилактической целью применяют те или другие витамины.

АГРАНУЛОЦИТОЗ (AGRANULOCYTOSIS) — заболевание, при котором в крови резко уменьшены или даже совершенно отсутствуют зернистые лейкоциты (гранулоциты) — нейтрофилы, а иногда и эозинофилы. Причиной могут являться некоторые инфекции, протекающие с лейкопенией, как, например, брюшной тиф, малярия, сифилис, туберкулез, острый сепсис, хотя последний чаще бывает следствием, а не причиной болезни. Агранулоцитоз вызывается также интоксикацией различными ядами, применяемыми в промышленности, например бензолом (в резиновой, химической, кожевенной промышленности), ДДТ, а также некоторыми лекарственными средствами при их продолжительном применении в больших дозах (новарсенол, пирамидон, сульфаниламидные препараты, метилтиоурацил, хинин и др.). Передозировки рентгеновыми лучами при рентгенотерапии также могут привести к агранулоцитозу.

Симптомы и течение. Острое начало, озноб, высокая температура, резкая боль при глотании. Основной симптом — некротическая ангина, язвенный стоматит. Состояние больных тяжелое, резкая слабость, сильный запах изо рта. Печень и селезенка увеличены. Значительная лейкопения: количество белых кровяных телец доходит до 1000, 500 и менее лейкоцитов в 1 мм³ крови. Количество эритроцитов и тромбоцитов остается без изменения. Течение болезни острое, тяжелое, прогрессирующее. Если не приняты лечебные мероприятия, болезнь заканчивается смертельным исходом в 2—3 недели.

Лечение и профилактика. В целях профилактики делают переливание крови 200—400 мл за один раз; внутримышечное введение пенициллина от 500 000 до 1 000 000 ЕД в сутки; подкожные впрыскивания нуклеиновокислого натрия.

Rp. Sol. Natrii nucleinici 5% 10,0
Sterilisetur!
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

В качестве стимулятора лейкопоэза применяют также советские препараты пентоксил и тезан. Лечебное действие их выражается в появлении в крови зрелых гранулоцитов, увеличении общего количества лейкоцитов и улучшении общего состояния больного.

Rp. Pentoxyli 0,2
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Thesani 0,5% 20,0
DS. По 10—20 капель 3—4 раза в день перед едой

Rp. Thesani 0,01
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Больные должны быть обеспечены тщательным уходом, особенно за полостью рта. Полноценное питание с достаточным количеством витамина С (настой шиповника, смородина, лимон, томатный сок и др.) и К. Применяют также камполон, витамин B_{12}, аскорбиновую кислоту, никотиновую кислоту, фолиевую кислоту.

Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 2 мл ежедневно для внутримышечных инъекций

Rp. Acidi nicotinici 0,02
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Vitamini B_{12} 0,003% —1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в 2—3 дня

Rp. Acidi folici 0,02
Sacchari 0,3
M. f. p. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды

С профилактической целью у лиц, принимающих продолжительное время химические лекарственные препараты, следует чаще проверять состав крови и при начинающейся лейкопении немедленно прекратить применение соответствующих лекарственных средств.

АДДИСОНОВА БОЛЕЗНЬ (MORBUS ADDISONII). Причина — понижение функций надпочечников (коркового слоя) на почве поражения их инфекциями, а также злокачественными опухолями.

Симптомы и течение. Бронзовая, коричневая пигментация кожи на открытых частях тела (лице, шее, тыльной поверхности рук, ладонных складках), на местах нормального отложения пигмента (сосках, наружных половых органах) и на слизистой оболочке щек, губ, десен и пр. Резкая мышечная и общая слабость: артериальное давление значительно понижено, вследствие чего сердечная деятельность ослаблена; пульс становится частым, слабого наполнения, тоны сердца глухими.

Аппетит исчезает, развивается значительное похудание, появляются головные боли, головокружение, иногда судороги, тошнота, рвота. В крови значительно уменьшаются соли натрия и увеличиваются соли калия. Иногда больные погибают в течение нескольких месяцев при явлениях общей слабости и упадка сердечной деятельности. Чаще болезнь протекает хронически с продолжительными ремиссиями или с нерезко выраженными явлениями.

Лечение. Применяются кортин, дезоксикортикостерон-ацетат, кортизон (под наблюдением).

Rp. Cortini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день под кожу

Rp. Desoxycorticosteroni acetici oleosae 0,5% 1,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. Для внутримышечного впрыскивания

Rp. Cortisoni 0,025
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 4 таблетки 2 раза в день

При туберкулезном поражении надпочечников применяют стрептомицин (см. *Туберкулез, лечение*). Больным необходим достаточный отдых, свежий воздух, разнообразная, питательная пища, богатая витаминами, углеводами, которую следует обильно солить. Поваренную соль (хлористый натрий) дают внутрь и как лекарство до 10—20 г в день. Одновременно проводят общеукрепляющее лечение (мышьяк, железо, рыбий жир, глицерофосфаты) (см. *Анемия*). В тяжелых случаях — постельный режим.

Профилактика. Борьба с инфекциями, могущими вызвать поражение надпочечников, и прежде всего с туберкулезом.

АКРОМЕГАЛИЯ (ACROMEGALIA). Болезнь вызывается повышенной функцией передней доли гипофиза чаще всего вследствие развития в ней опухоли.

Симптомы и течение. Значительно увеличиваются кости стопы, нижняя челюсть, ребра, грудина, а также нос, язык, губы. Заметно понижается функция половых желез. Все указанные симптомы развиваются постепенно и очень медленно. Течение болезни хроническое, продолжается иногда 20—30 лет.

Распознавание. На основании приведенных выше данных. Необходима рентгенограмма турецкого седла (основание черепа), которая может обнаружить его изменение — углубление и расширение.

Лечение. Хирургическое удаление опухоли. Иногда наблюдается улучшение в результате применения рентгенотерапии.

АКТИНОМИКОЗ ЛЕГКИХ см. *Хирургические болезни. Актиномикоз.*

АЛИМЕНТАРНАЯ ДИСТРОФИЯ (DYSTROPHIA ALIMENTARIA)[1]. Причина болезни — полное или продолжительное частичное голодание, когда расход питательных веществ преобладает над их поступлением.

Сначала питание организма при голодании происходит за счет запасов углеводов (гликогена) и жиров, а затем за счет белков (мышечной ткани и внутренних органов), тогда и происходят значительные изменения функций органов.

Симптомы и течение зависят от продолжительности и степени голодания. Наиболее существенным признаком болезни является уменьшение белка в крови — белковое голодание организма. Различают три стадии расстройства питания.

В первой стадии: общая слабость, повышенная утомляемость, сонливость, постепенно нарастающее похудание до полного исчезновения подкожножирового слоя; боли в ногах, повышенный аппетит и жажда, частое мочеиспускание; количество мочи увеличено. Больные бледны, температура понижена, пульс урежен. Ослабление полового чувства, у женщин — прекращение менструаций.

Во второй стадии все указанные симптомы выражены резче. Питание организма происходит за счет белков самих клеток и тканей. Наблюдается атрофия скелетной мускулатуры и внутренних органов. Вследствие уменьшения белка в плазме крови появляются отеки на ногах, лице, руках, а затем и в полости живота (асцит). Развивается сердечно-сосудистая недостаточность: одышка, понижение артериального давления, ослабление пульса. Уменьшается образование пищеварительных ферментов, что вызывает поносы. Кожа становится сухой, атрофичной, волосы выпадают, больные приобретают старческий вид.

В третьей стадии развиваются глубокие, необратимые изменения с угасанием функций всех органов, в том числе и центральной нервной системы. Отеки могут исчезнуть вследствие обезвоживания и уменьшения солей в организме. В некоторых случаях может не быть отеков. Эта «сухая дистрофия» обычно протекает тяжелее отечной формы.

Распознавание. Нужно отличать алиментарную дистрофию от вторичной, которая развивается при тяжелых, истощающих болезнях: упорных поносах (хроническая дизентерия, хронические энтероколиты), раковой кахексии (худосочие), тяжелой форме туберкулеза; в этих случаях организм не усваивает поступающих в него питательных веществ. В отличие от почечного заболевания, главным образом нефроза, отеки при пищевой дистрофии являются безбелковыми (в моче нет белка).

Лечение. В первой стадии больные лечатся амбулаторно. Следует назначать усиленное питание с достаточным количеством жиров, углеводов, витаминов и полноценных животных белков: мяса, творога и яиц.

---

[1] Alimentum — пища, Alimentarius — пищевой, Dystrophia — расстройство питания.

Во второй и особенно в третьей стадии назначают постельный режим; больных держат в тепле. Кормить нужно часто (5—6 раз в день) и небольшими порциями; пища должна даваться в протертом виде. Для лучшего пищеварения дают соляную кислоту с пепсином, панкреатин (по 0,5 г 3 раза в день). При отеках необходимо ограничить питье до 3—4 стаканов в сутки и потребление поваренной соли. При поносах пища также должна быть питательной, но в то же время щадящей и противопоносной (см. *Энтерит, Колит*). Одновременно назначают сульфаниламидные препараты (сульгин, фталазол) (см. *Колит острый, лечение*). Больные должны получать витамины, особенно С, B_1, B_2; в тяжелых случаях витамины (аскорбиновая и никотиновая кислота) лучше впрыскивать под кожу. Очень полезно вводить внутривенно 40% раствор глюкозы по 50 мл (можно вместе с аскорбиновой кислотой). При «сухой дистрофии» подкожно физиологический раствор. У слабых, тяжелобольных следить за кожей, чтобы не образовались пролежни.

Rp. Ac. hydrochlorici diluti
Pepsini āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке во время еды

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—2 мл внутривенно 1 раз в день

Rp. Sol. Acidi nicotinici 1% 10,0
Sterilisetur!
DS. Ежедневно по 3—5 мл внутривенно

АЛИМЕНТАРНО-ТОКСИЧЕСКАЯ АЛЕЙКИЯ[1] **(СЕПТИЧЕСКАЯ АНГИНА)** — тяжелое заболевание, возникающее в результате потребления в пищу хлеба или других продуктов (например, каши), приготовленных из зерна, перезимовавшего в поле под снегом. В таком зерне развиваются особые плесневые грибки, которые выделяют ядовитые вещества (токсины). Эти вещества поражают кроветворные органы, преимущественно костный мозг, поэтому у больных резко падает количество лейкоцитов (лейкопения), затем эритроцитов и тромбоцитов.

Симптомы и течение. Болезнь развивается обычно через 2—3 недели после приема в пищу перезимовавшего зерна. Вначале больной ощущает жжение во рту и глотке; на деснах и слизистой рта заметны точечные кровоизлияния и белые налеты; появляется общая слабость, быстрая утомляемость, иногда головная боль; затем может появиться тошнота и рвота, понос или запор; угнетенное, безразличное состояние или повышенная возбудимость, плохой сон, расширение зрачков. В дальнейшем — ярко-красная петехиальная сыпь (точечные кровоизлияния) на внутренней поверхности плеч и бедер, на боковых частях туловища. Развиваются резкие изменения со стороны крови: быстро нарастающая лейкопения (за счет уменьшения числа нейтрофилов) — число лейкоцитов падает до 1 000—500—300 мм³ и ниже (см. *Агранулоцитоз*), гемоглобина — до 40—20%, число тромбоцитов — до 40 000—20 000 и ниже (при норме 250 000—300 000 в 1 мм³). Развивается некротическая ангина и кровоточивость; налеты начинаются с миндалин, затем переходят на дужки, мягкое небо, язычок и заднюю стенку глотки. Они сначала желтовато-серого цвета, потом становятся зеленовато-грязными, начинают омертвевать, превращаясь в зловонную массу; опухают подчелюстные железы. Больным трудно и больно глотать; выделяется большое количество слюны

[1] Алейкия означает отсутствие в крови лейкоцитов (белых кровяных телец).

вместе с разложившимися массами; изо рта ощущается отвратительный гнилостный запах. Некротический процесс обычно переходит и на десны. В далеко зашедших случаях появляются кровотечения из десен, носа, глотки, желудка и кишок. С появлением ангины температура повышается до 38—40°.

В гнилостном содержимом полости рта развиваются различные бактерии, вызывающие вторичные инфекционные болезни (пневмонии, флегмоны и даже общий сепсис).

Лечение. В начале болезни (до лихорадочного периода и появления ангины) — изъятие из пищи зерновых продуктов и назначение слабительных (касторовое масло, английская соль) для очищения кишечника от остатков пораженных продуктов. Дается полноценное питание с достаточным количеством животных белков и витаминов. Полоскание рта и горла дезинфицирующими растворами (марганцовокислого калия, риваиола, перекиси водорода); внутрь для предупреждения кровотечения — раствор хлористого кальция (10% по 1 столовой ложке 3 раза в день).

В период лихорадочного состояния, развивающейся ангины, резкого малокровия и кровотечений больные должны быть помещены в больницу.

Лучшим средством является переливание крови в количестве от 50 до 200—400 мл с промежутком в 2—3 дня и лечение антибиотиками (см. *Абсцесс легкого*). Внутривенно вводят хлористый кальций или гипертонический раствор поваренной соли; внутрь назначают витамин С или аскорбиновую кислоту, витамины B_1, РР и К (оказывающий кровоостанавливающее действие). Хорошее действие оказывает также внутривенное введение глюкозы в чистом виде или с аскорбиновой кислотой.

При болях во время глотания дают только жидкую, но разнообразную и питательную пищу.

Если больной не может самостоятельно полоскать рот, последний орошают слабым раствором соды или марганцовокислого калия. Тщательно следят за кожей и за отправлением всех органов. При ослаблении деятельности сердца применяют камфару, кофеин, стрихнин и др.

Профилактика. Не употреблять в пищу хлеба и других продуктов, приготовленных из зерна, перезимовавшего в поле. Широкая санитарно-просветительная работа среди сельского населения.

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутримышечно или внутривенно

Rp. Vicasoli (Vitamin K) 0,005
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Glucosi 40% 20,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенного введения

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенных вливаний, вводить медленно

Rp. Sol. Natrii chlorati 10% 10,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенных вливаний

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

АМИЛОИДНЫЙ НЕФРОЗ см. *Нефроз липоидно-амилоидный.*
АНГИНА см. *Заболевания уха, носа, горла. Ангина.*
АНГИНА СЕПТИЧЕСКАЯ см. *Алиментарно-токсическая алейкия.*
АНГИОХОЛИТ см. *Холецистит.*
АНЕВРИЗМА АОРТЫ см. *Аортит.*

АНЕМИЯ, МАЛОКРОВИЕ (ANAEMIA). Наступает главным образом в результате кровотечения или отравления различными ядами, в том числе бактериальными. Хронический сепсис, сифилис, малярия, бруцеллез и некоторые другие заболевания могут вызвать малокровие. Малокровие развивается также при инвазии глистов, при раковой болезни, хронической уремии, некоторых болезнях печени, отравлениях неорганическими и органическими ядами (свинец, ртуть, мышьяк, окись углерода, анилиновые краски, алкоголь, пищевые яды и др.).

Кроме того, анемии могут возникать вследствие недостатка в организме особого противоанемического вещества (агастрическая анемия, злокачественная анемия) и железа (хлороз).

Симптомы и течение. При остром малокровии (вследствие сильного кровотечения) наступает быстрое побледнение кожных покровов и слизистых оболочек, резкое ослабление сердечной деятельности, падение пульса (коллапс), похолодание конечностей (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая*). При хроническом малокровии (хронические отравления, частые незначительные кровотечения) наблюдаются бледность кожи и слизистых оболочек, быстрая утомляемость, общая слабость, головокружение и головные боли. Анализ крови: уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов, цветной показатель меньше единицы (гипохромная анемия). Течение болезни зависит от развития основной болезни и от функциональной способности кровотворных органов (костного мозга).

Распознавание. Установить наличие малокровия нетрудно на основании анализа крови и указанных выше симптомов.

Лечение. Лечение основной болезни, вызвавшей малокровие, — укрепление организма и улучшение гигиенических условий быта. Усиленное питание разнообразной пищей, богатой витаминами и достаточным количеством полноценных животных белков (мясо, яйца, творог).

При значительном малокровии — переливание крови. Лекарственное лечение: мышьяк, железо, фосфаты, гематоген, рыбий жир (по 1 столовой ложке 2—3 раза в день), натуральный желудочный сок, соляная кислота с пепсином (см. *Анемия злокачественная*).

Rp. Sol. Natrii arsenicici 1% 1,0
D. t. d. N. 30 in amp.
S. Начиная с 0,2 мл, а затем прибавляя ежедневно по 0,1 мл, дойти до 1 мл, ежедневно по одной инъекции под кожу

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 5,0
T-rae Ferri pomati 15,0
MDS. По 10—15—20 капель 3 раза в день после еды

Rp. Ferri lactici 0,5
D. t. d. N. 12 in obl.
S. По 1 облатке после еды 3 раза в день

Rp. Calcii glycerophosphorici 0,25
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Pilularum Ferri carbonici (Blaudi) N. 100
DS. По 2 пилюли 3—5 раз в день

Rp. Haematogeni 200,0
DS. По 1 столовой ложке во время еды 3 раза в день

Rp. Ferri reducti 1,0
D. t. d. N. 12 in obl.
S. По 1 облатке после еды 3 раза в день

Профилактика. Оздоровление труда (борьба с профессиональными вредностями) и быта (улучшение гигиенических условий): правильный режим дня, занятия спортом, полноценное питание и пр.

АНЕМИЯ АГАСТРИЧЕСКАЯ. Болезнь развивается после частичной и главным образом полной резекции желудка. Железы желудка, особенно дна его, вырабатывают особое противоанемическое вещество.

Симптомы и течение. Развивается гипохромная (с пониженным цветным показателем) анемия (хлораиемия, см. *Хлороз*). В некоторых случаях аиемия может прииимать форму пернициозиой. Болезнь развивается медленно; при отсутствии лечеиия может прнинять тяжелую форму.

Лечение. Двча железа, печени или экстрактов печени, а также витамина B_{12} и фолиевой кислоты (см. *Анемия злокачественная*), витамииов С и группы В.

Пища рвзиообразиая, богатая белками, витамииами B_1 и B_2 (дрожжи, мясо, яйца, молочные и бобовые продукты, хлеб из цельной пшеницы, ржаиой хлеб, гречневая крупа и т. д.). В тяжелых случаях — переливание крови.

Профилактика. Нужио следить за полноценным питанием, богатым витаминами, больных с резецированным желудком; пища должиа быть механически щадящей. Больные должны иаходиться под постояиным наблюдением врача или фельдшера. При нарушениях фуикции желудочно-кишечного тракта, а также при начальных изменениях со стороны крови принимают соответствующие меры.

АНЕМИЯ АПЛАСТИЧЕСКАЯ. Прн апластической или гипопластической анемии наблюдается полное или частичное прекращение функции костного мозга. Причинами могут явиться различные инфекции, интоксикации (бензол, новарсенол, сульфаниламиды и др.), рентгеиовы лучи.

Симптомы и течение. Быстро развивающаяся анемия с присущими ей симптомами. При значительном уменьшеиии тромбоцитов — кровотечеиия носовые, кишечные, почечные и др., некроз слизистой рта, десеи, миндалин, с кровотечеииями, запвхом изо рта, расстройством глотания. Резкая лейкопеиия, почти до полного исчезновения иейтрофилов (агранулоцитоз). В остром периоде изнуряющая лихорадка с большими ремиссиями. Болезнь, давая иекоторые временные улучшения, тяиется 4—6 месяцев, изредка дольше.

Лечение. Систематические переливания крови по 200—400 мл или эритроцитарной массы по 100—200 мл. Внутримышечные введения пенициллина (по 400 000—800 000 ЕД в сутки). Адренокортикотропный гормои или кортизон, преднизолон. Тщательиый общий уход, уход за ртом, полноценное питание жидкой и полужидкой пищей, препараты печеии, витамины С, К и B_{12} (см. *Анемия злокачественная. Авитаминозы*).

Профилактика. При хронических интоксикациях и назначеиии различных лекарственных средств производить частые исследования крови, чтобы своевремеио прекратить дачу лекарств, отмеиить рентгенотерапию, изменить профессию и пр.

АНЕМИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ, ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА (ICTERUS HAEMOLYTICUS). Гемолитическая анемия возникает при различных инфекциях и интоксикациях (отравление сульфанилвмидами, бертолетовой солью, грибами, змеиным ядом и др.). Иногда она возникает приступами (пароксизмами) — при охлаждении, большой мышечной нагрузке. Болезнь может быть одновремеино у иескольких членов одной семьи. Развивается в результате повышенного распада красиых кровяных телец (гемолиз). Из гемоглобина образуется билирубин. При повышенном образовании билирубина желчь иасыщена желчными пигментами и в кишечник поступает повышеииое количество желчиых пигментов, которые, измеияясь в кишечнике, поступают в кровь и вызывают желтуху (см. *Желтуха*).

Желтуха образуется не от поражеиия печени, а вследствие усилеиного распада эритроцитов, в котором деятельное участие прииимает селезенка, и повышенного образования желчных пигментов.

Симптомы и течение. Желтуха гемолитическая отличается от пареихиматозиой и механической. При ней моча темная от уробилина, не содержит билирубина; кал иормально окрашен; нет зуда кожи. Малокровие значительио выражеио. Увеличеиа селезеика. Течение хроническое; болезнь тянется годами.

Лечение. В основиом — лечение аиемии. В тяжелых случаях при развитии значительиого малокровия удаляют селезеику, после чего обычио наступает значнтельиое улучшеиие в течении болезии.

Профилактнка. Предупреждеиие различиых интокснкаций, охлаждеий, чрезмериых физических напряжеиий у людей, предрасположениых к аиемии; вовремя прекращать дачу токсическнх лекарств.

АНЕМИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ (ANAEMIA PERNICIOSA). Считают, что причиной болезин является иедостаток в организме противоаиемического вещества.

Фундальиые железы желудка вырабатывают особый белок — мукопротени (так иазываемый желудочный фактор), который, соедииясь с витамнном B_{12}, иаходящнмся в пищевых продуктах, образует противоанемическое вещество, иеобходимое для нормальиого кровотвореиня.

Витамии B_{12} находится в печени, мясе, рыбе, яйцах, молоке. В кишечнике витамии B_{12} освобождается от связывающего его белка, всасывается стеикой кишечиика н откладывается в печеин.

Симптомы и течеине. Общая слабость, быстрая утомляемость, головокружеиие, одышка, сердцебиеиие. Резкая бледиость слизистых и кожиых покровов, которые прииимают желтоватый цвет с восковым оттеиком. Язык блестящнй, гладкий, болезненный (геитеровский язык). Ахилия. Иногда поносы. Чнсло красных кровяных телец доходит до 1 000 000, 500 000 и меиьше в 1 мм³, гемоглобииа — до 30—20% и ииже. Цветиой показатель больше едииицы. В кровн появляются эрнтроциты, содержащие ядра (нормобласты, эрнтробласты, мегалобласты). Болезиь хроиническая, протекающая с временными улучшениями и ухудшениями.

Лечеине. В первую очередь примеияют витамин B_{12} (по 1 мл ежедневио или через деиь в течеине 3—4 недель). Примеияют также камполои, аитнаиемин, сырую печеиь. Во время еды надо принимать соляную кислоту с пепсином. Полезиы также препараты железа. Пища должна быть богата витамииами (C, B_1, B_{12} н др.).

Rp. Antianaemini 2,0
D. t. d. N. 12 in ampul.
S. По 2—4 мл ежедиевно внутримышечно

Rp. Acidi hydrochlorici diluti
Pepsini āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке во время еды

Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 1 ампуле внутримышечио 1 раз в день

Rp. Vitamini B_{12} 0,003% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 1 раз в деиь под кожу или в мышцу

Профилактнка. Полноцениое питаиие, богатая витамииамн пища, 1 раз в 10 дней виутримышечио ниъекцию витамина B_{12} — 1,0. При ахнлии — соляная кнслота с пепсином или иатуральиый желудочный сок.

АНЕМИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ см. *Хлороз.*

АНУРИЯ — полное прекращение отделения мочи почкамн, а также прекращеиие поступлення мочи в мочевой пузырь вследствие сдавлеиия или закупорки мочеточников. Анурня — это снмптом болезни, который иаступает: прн острых н хроинческих нефритах, прн нефроангиосклерозе, иекоторых отравлениях (см. *Некронефроз*), при закупорке (тромбозе) почечиых сосудов; прн иеукротимой рвоте и поносах (холера, острый гастроэнтероколит и др.); при закупорке почечиых каиальцев и мочевых путей кристаллами сульфаниламидиых препаратов; при закупорке мочеточников камнями или сдавлеини опухолями. Аиурия может возиикать н рефлекториым путем.

Закупорка одного мочеточника может рефлекторно вызвать прекращеине мочеотделеиия другой почки. Анурия приводит к развнтию уремии.

Распознавание. На основании клинического и урологического обследования устанавливается поражение почек, почечных сосудов, закрытие мочеточников и т. д.

Анурию следует отличать от прекращения мочеотделения из мочевого пузыря вследствие паралича последнего, спазма сфинктера мочеиспускательного канала или его закупорки камнем. При анурии всегда нужно проверить состояние мочевого пузыря: при его переполнении над лобком перкуссия дает тупой звук. В сомнительных случаях прибегают к катетеризации.

Лечение. Лечение основной болезни.

При рефлекторных спазмах — тепло, теплые и горячие ванны, впрыскивания атропина, пантопона. При закупорке сульфаниламидами промывание мочеточников содовым раствором.

Профилактика. При уменьшении или задержке выделения мочи устранить вызвавшую причину, чтобы предупредить возникновение анурии; при обезвоживании организма своевременное вливание физиологического раствора и т. д. При лечении сульфаниламидами для предупреждения образования сульфаниламидных отложений назначают щелочное обильное питье. Каждый прием лекарства нужно запивать $^1/_2$—1 стаканом щелочной воды (минеральной, содовой) (см. *Пневмония крупозная*).

АОРТИТ, ВОСПАЛЕНИЕ АОРТЫ (AORTITIS). МЕЗАОРТИТ (MESAORTITIS). СИФИЛИС АОРТЫ (AORTITIS SYPHILITICA). АНЕВРИЗМА АОРТЫ (ANEURYSMA AORTAE). МЕШОТЧАТОЕ РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ. Воспаление аорты вызывается почти всегда сифилитической инфекцией. Поражается преимущественно средняя оболочка аорты (мезаортит). Хронический воспалительный процесс в стенке аорты разрушает мышечные и эластические волокна, которые замещаются соединительной тканью; соединительная ткань, уплотняясь, образует рубцы. Стенка аорты утрачивает свою эластичность и прочность. Поврежденная часть аорты под влиянием кровяного давления выпячивается, образуя аневризму.

Симптомы и течение. Иногда аортиты протекают без симптомов. Первым признаком является загрудинная боль, которая иногда носит приступообразный характер, сходный с грудной жабой. При перкуссии — расширение аорты; при аускультации — систолический шум на аорте. Если к аортиту присоединилась аневризма, то признаки болезни зависят от ее величины и расположения. От постоянного давления аневризмы атрофируются окружающие ее органы, даже кости. Аневризма выпячивает грудину, истончает и разрушает ребра. В этих случаях можно видеть или ощупать рукой пульсирующую аневризму под самой кожей. При сдавлении аневризмой бронхов возникает кашель и нарушается дыхание; при сдавлении пищевода — затруднение глотания. При атеросклерозе аорты наблюдаются склеротические изменения и в других крупных артериях с соответствующими признаками (см. *Атеросклероз*).

Лечение. В ранних стадиях следует проводить лечение противосифилитическое (см. *Венерические болезни. Сифилис*).

Профилактика. Раннее распознавание сифилиса и своевременное энергичное его лечение могут предупредить возникновение указанных заболеваний.

АППЕНДИЦИТ. ВОСПАЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА см. *Хирургические болезни.*

АРИТМИИ — нарушение правильного ритма сердечных сокращений, следствием чего является и аритмичный пульс, когда пульсовые удары следуют неравномерно один за другим. Аритмии всегда возникают при различных сердечных заболеваниях, функциональных нарушениях сердечно-сосудистой деятельности. Импульсы сердечных сокращений возникают в синусовом узле, находящемся в стенке правого предсердия около впадения в него полых вен. Возбуждение распространяется по предсердиям, а затем по пучку Гиса переходит на желудочки и вызывает их сокращение.

При различных патологических процессах очагом возбуждения может быть любое место в сердечной мышце.

Блокада сердца. Блокадой называется частичное или полное прекращение проведения сердечных импульсов; тогда в нижележащих отделах сердца автоматически возникают самостоятельные очаги возбуждения. При полном нарушении проводимости по пучку Гиса желудочки начинают автоматически сокращаться независимо от сокращений предсердий. Причиной блокады являются различные инфекции (ревматизм, дифтерия, сифилис), которые вызывают изменения в сердечной мышце, а также перерождение сердечной мышцы с развитием фиброзной ткани (кардиосклероз). Блокада сердца выражается в урежении пульса. Предсердия сокращаются нормально, а число сокращений желудочков (ударов пульса) падает до 40—30—20 и даже меньше в минуту. При физической работе, волнениях учащается только сокращение предсердий, а сокращения желудочков остаются редкими.

У больных отмечаются головокружения, обмороки, бледность покровов.

Мерцательная аритмия. Наблюдаются чрезвычайно частые сокращения (до нескольких сот в минуту) не всего предсердия в целом, а отдельных мышечных пучков вследствие возникновения множественных очагов возбуждения в различных местах предсердий. Это объясняется нарушением питания мышцы вследствие растяжения предсердий (при митральных пороках, особенно стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия) или склеротических изменений. Многие фибрилляриые сокращения (мерцания) затухают на месте. Другие импульсы беспорядочно передаются в желудочки по пучку Гиса. Желудочки не могут воспринимать все импульсы, вследствие этого они сокращаются беспорядочно и неправильно; такие же явления наблюдаются и в пульсовых волнах. Последние бывают различны по величине и силе, а некоторые и не доходят до периферии, когда желудочки недостаточно заполняются кровью. Число сердечных сокращений тогда будет больше, чем ударов пульса (дефицит пульса).

Экстрасистолия. В патологических случаях преждевременные добавочные импульсы могут образовываться в разных местах сердечной мышцы. Добавочный импульс дает и добавочное сердечное сокращение, т. е. за нормальной систолой быстро следует добавочная систола, которая называется экстрасистолой. Вслед за экстрасистолой наступает компенсаторная пауза, более продолжительная, чем обычная пауза, так как после экстрасистолы очередное сокращение сердца выпадает. Иногда экстрасистолы с последующей компенсаторной паузой наблюдаются после одного, двух, трех и более нормальных сокращений сердца. Если экстрасистола наступает вскоре после нормальной систолы, то компенсаторной паузы может и не быть. Тогда наблюдается добавочное сердечное сокращение и добавочный пульсовой удар. Экстрасистолию в обыденной жизни называют перебоями.

АРТЕРИОСКЛЕРОЗ. При артериосклерозе стенки артерий уплотняются вследствие разрастания соединительной ткани см. *Атеросклероз.*

АРТРИТ БРУЦЕЛЛЕЗНЫЙ см. *Полиартриты инфекционные.*

АРТРИТ ГОНОРЕЙНЫЙ см. *Полиартриты инфекционные.*

АРТРИТ ДИЗЕНТЕРИЙНЫЙ см. *Полиартриты инфекционные.*

АРТРИТ МОЧЕКИСЛЫЙ см. *Подагра.*

АРТРИТ СИФИЛИТИЧЕСКИЙ см. *Полиартриты инфекционные.*

АРТРИТ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ см. *Полиартриты инфекционные.*

АРТРИТЫ ОБЕЗОБРАЖИВАЮЩИЕ см. *Полиартрит обезображивающий, деформирующий.*

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ (ASTHMA BRONCHIALE). Характеризуется появлением внезапных приступов одышки, происходящих вследствие спазма (сужения) мелких бронхов. Сужение бронхов возникает от сокращения круговых мышц под влиянием возбуждения блуждающего нерва, который снабжает нервами эти круговые мышцы. Во время приступа про-

исходит набухание слизистой оболочки бронхов и выделение секрета, состоящего преимущественно из слизи.

Бронхиальная астма иногда развивается под влиянием острого психического переживания (психической травмы). Приступы могут возникать вследствие условного рефлекса, действующего через кору головного мозга. У некоторых лиц, страдающих астмой, наблюдается повышенная чувствительность к аллергенам (запах сена, определенных цветов, шерсти, перьев, лошадиного волоса и пота; некоторые пищевые продукты: рыба, раки, яйца, земляника и пр.). Аллергены, поступая в организм, сенсибилизируют его к данным веществам.

Иногда пыль или различные запахи вызывают приступ.

Реактивность всего организма, в том числе и аллергические реакции, регулируется центральной нервной системой. Иногда развитию астмы способствуют носоглоточные полипы, искривление носовой перегородки. По-видимому, раздражения носоглотки могут рефлекторно вызывать приступы астмы. Охлаждение организма, сырое помещение и сырой климат тоже способствуют возникновению рефлекторного астматического приступа.

Иногда в роду страдающих астмой наблюдаются различные аллергические заболевания.

Бронхиальная астма иногда может возникать у людей различных профессий: у фармацевтов от запаха ипекакуаны, у меховщиков от запаха урсоловых красок (урсоловая астма) и т. д.

Симптомы и течение. Обычно приступ возникает внезапно, чаще ночью: резкая одышка, страдальческое выражение лица, которое становится одутловатым, синюшным; больной сидит, опираясь руками, чтобы фиксировать плечевой пояс, благодаря этому вспомогательные дыхательные мышцы также принимают участие в дыхании. Часто на расстоянии слышно громкое дыхание, сопровождающееся свистом и хрипением. Вдох короткий, выдох замедлен и затруднен (экспираторная одышка). Грудная клетка расширяется вследствие растяжения легочных альвеол воздухом. Образуется острая эмфизема легких, дающая при перкуссии коробочный звук. Выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов. Под конец приступа часто с кашлем выделяется вязкая, слизистая мокрота, содержащая иногда спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена и эозинофилы. Увеличение в крови эозинофилов до 8—12%, а иногда и больше. Иногда сильный кашель сопровождается рвотой. Приступы бывают непродолжительными (несколько минут); в отдельных случаях припадок продолжается часами, а иногда и несколько дней. Приступы могут быть ежедневными, даже несколько раз в день, но могут не повторяться годами. Продолжительные и частые приступы ведут к развитию хронического бронхита, эмфиземы и сердечной недостаточности (см. *Легочное сердце*).

Распознавание. Тщательно собрать анамнез. Учесть изложенные симптомы. Исключить острые и хронические бронхиты, наличие эмфиземы с бронхитом, астму сердечную *(см.)*, уремическую *(см.)* и истерическую (наблюдается учащение дыхания с усиленным вдохом и без легочных явлений).

Лечение. Во время приступа придать больному наиболее удобное положение, открыть окна. Горячие водяные или горчичные ванны к ногам и рукам. Банки или горчичники на грудную клетку. Лучшим средством, обрывающим припадок, является адреналин или эфедрин (осторожно при коронарном склерозе и грудной жабе).

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл для подкожного впрыскивания

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlorici 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл для подкожного впрыскивания

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,025
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Применяют также атропин или препараты красавки (белладонны).

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу

Хорошее действие во время приступа оказывает внутривенное введение эуфиллина. Иногда применяют теофедрин, келлин, порошок астматол, хлористый кальций, препараты брома с валерианой. Хорошее действие оказывает курсовое лечение адренокортикотропным гормоном, кортизоном.

Rp. Sol. Euphillini 2,4% 10,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. В вену по 5—10 мл, развести в 20 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно!)

Rp. Tabul. Theophidrini N. 10
S. По 1 таблетке во время приступа

Rp. Khellini 0,02
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Hormoni adrenocorticotropini 10 ED
D. t. d. N. 6
S. Растворить в 1 мл стерильной дистиллированной воды; вводить по 1 мл в мышцы 4 раза в день

Rp. Cortisoni 0,025
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2 раза в день

Rp. Asthmatholi 50,0
DS. Сжигать по ½ чайной ложки порошка и вдыхать образующийся дым

Вне приступов общеукрепляющее лечение: физкультура, водные обтирания или обливания, солнечные ванны или облучение кварцем.

Профилактика. Режим, ведущий к укреплению организма, в том числе нервной системы. Выявление аллергена и устранение его (перемена профессии, бытовых условий и др.), лечение носоглотки.

Иногда большое значение имеет перемена климата, хотя бы временная (горный или теплый сухой), для предупреждения возникновения приступов.

АСТМА СЕРДЕЧНАЯ (ASTHMA CARDIALE). Сердечная астма, выражающаяся в приступах удушья, не болезнь, а синдром (совокупность симптомов, наступающих обычно ночью у сердечных больных вследствие резкого ослабления мышцы левого желудочка). Наблюдается при гипертонии, кардиосклерозе, грудной жабе, миокардитах, сифилитическом мезаортите, аортальных пороках, инфаркте миокарда. Иногда сердечная астма отмечается при застое в малом кругу кровообращения, при сужении левого предсердно-желудочкового отверстия. К приступам предрасполагают чрезмерные физические напряжения, психические переживания, переедание, особенно на ночь, злоупотребление спиртными напитками, запоры со вздутием кишечника.

Симптомы и течение. Вследствие сильной одышки больной вынужден сидеть. Сердце расширено влево (ослабление левого желудочка). Тоны сердца глухие, артериальное давление падает, в легких появляются застойные явления и развивается их отек *(см.)*.

Распознавание. Сердечную астму нужно отличать от астмы бронхиальной (молодой возраст, здоровое сердце), уремической *(см.)*.

Лечение. Полный покой, приподнятое удобное положение, чистый, свежий воздух. Очистить кишечник: ограничить питье, потребление поваренной соли, частые приемы пищи небольшими порциями. При похолодании конечностей — грелки. Возбуждающие и сердечные средства: камфара, коразол, кофеин, стрихнин, глюкоза со строфантином. Одновременно назначают морфин или пантопон, которые уменьшают одышку и облегчают состояние больных. При чейнстоксовом дыхании препараты морфина противопоказаны.

Rp. Ol. Camphorati 20% 2,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. Для подкожного впрыскивания по 2 мл 3—6 раз в сутки

Rp. Sol. Coffeini natriobenzoici 20% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 3 раза в день

Rp. Sol. Corazoli 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 3 раза в день

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу во время приступа одышки

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в сутки

Rp. Sol. Strophanthini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,25—0,5 мл в вену; развести в 20 мл 40% раствора глюкозы

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу во время приступа одышки

При отеке легких часто хорошее и быстрое действие оказывает меркузал.

Rp. Mercusali 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно через 2—3 дня

Кровопускание (200—400 мл), кислород, банки, горчичники.

Профилактика. Нужно направить терапевтическое воздействие против болезней, ведущих к возникновению приступов. Сердечным больным следует соблюдать установленный для них режим питания и работы.

АТЕРОСКЛЕРОЗ (ATHEROSCLEROSIS). Заболевание артерий, сопровождающееся отложением на внутренней оболочке (интиме) их стенок липоидов, главным образом холестерина, с последующим развитием склероза.

Причины. Нарушение обмена, особенно холестеринового; избыточное питание (особенно животными жирами, яйцами и др.); повышенное артериальное давление (гипертоническая болезнь, а также почечные и эндокринные болезни, при которых наблюдается гипертония); интоксикация никотином, алкоголем, свинцом; некоторые болезни — диабет, сифилис и др. Важное значение в развитии атеросклероза имеет нарушение деятельности центральной нервной системы, влияющей на холестериновый обмен и на состояние сосудистого тонуса (повышение кровяного давления).

Симптомы и течение. При ощупывании — артерии плотные, извитые, трудно сжимаемы. Артериальное давление иногда повышено; тогда

сердечная мышца гипертрофируется. С течением времени она перерождается и возникает кардиосклероз *(см.)*. Склероз венечных артерий дает явления грудной жабы *(см.)*. Склероз мелких почечных артерий вызывает нефроанглиосклероз *(см.)*. При склерозе мозговых сосудов появляются головные боли, головокружение, сонливость, ослабление памяти. При склерозе сосудов ног отмечается слабость в ногах, перемежающаяся хромота. При повышении артериального давления от физической работы, нервных возбуждений и т. д. склерозированная артерия может разорваться, вызывая более или менее обильные кровотечения (носовые, почечные и др.). Разрыв мозговых артерий называется мозговым ударом (апоплексией или инсультом) (см. *Нервные болезни*).

Лечение. Ограничить физический и умственный труд, питаться преимущественно молочно-растительной пищей, избегать переедания, ограничить потребление богатых холестерином животных жиров, яиц; устранить запоры и вздутие живота; прекратить употребление спиртных напитков и курение табака.

Если склероз сопровождается гипертонией, то общий режим и лечение те же, что при гипертонической болезни.

Из лекарств применяется главным образом йод и его препараты, щелочные минеральные воды (боржоми, ессентуки и др.), гиперсол, аскорбиновую кислоту.

Rp. Kalii jodati 6,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 1—3 раза в день в молоке после еды

Rp. Sajodini 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды

Rp. T-rae jodi 5% 20,0
DS. От 5 до 20 капель 3 раза в день после еды в молоке

Rp. Jod-hypersoli 25,0
DS. По ½ чайной ложки в ¼ стакана воды за 15 минут до еды 2 раза в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,35
D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день за едой

Профилактика. Устранять причины, способствующие развитию атеросклероза. Установить трудовой режим, согласно степени развития болезни и правильный, особенно пищевой, режим дня. Запретить потребление алкоголя и курение.

АТОНИЯ ЖЕЛУДКА см. *Расширение желудка.*

АТОНИЯ КИШЕЧНИКА см. *Запоры.*

АТРОФИЯ (ДИСТРОФИЯ) ПЕЧЕНИ ЖЕЛТАЯ, ОСТРАЯ см. *Гепатит паренхиматозный, острый.*

АХИЛИЯ ЖЕЛУДКА (ACHYLIA GASTRICA). Ахилией желудка называется отсутствие соляной кислоты и пищеварительных ферментов в желудочном соке.

Ахилия может быть временная, функциональная, вызванная психическими переживаниями или возникающая рефлекторно, а также органическая, постоянная, возникшая вследствие атрофии слизистой оболочки желудка.

Ахилия возникает как следствие гастрита *(см.)*, так и от недостаточного белкового и витаминного питания, особенно комплекса В *(см.)*.

При различных авитаминозах В, РР (пеллагра) и С (цинга), а также некоторых тяжелых заболеваниях (злокачественное малокровие, цирроз печени и др.) развивается ахилия. Различные нервные и эндокринные (гипертиреоз) нарушения могут вести к ахилии. При ахилии наблюдается быстрое опорожнение желудка. Непереваренная пища раздражает кишеч-

ник, что приводит к поносам (гастрические поносы). Вследствие отсутствия дезинфицирующего действия желудочного сока пища, богатая бактериями, попадает в двенадцатиперстную кишку и инфицирует желчные пути и кишечник. Ахилия тянется годами и может привести к развитию хронического гастрита, энтероколита, холецистита и холангита, а также, возможно, злокачественного малокровия и даже рака желудка.

Лечение. Механически щадящее, частое питание (4—6 раз в день). Пища размолотая, мягкая, разнообразная, богатая витаминами, с исключением грубой растительной клетчатки и молока (часто вызывает поносы и метеоризм).

При расстройстве пищеварения (поносы и пр.) соляная кислота с пепсином или натуральный желудочный сок (1 столовая ложка на прием во время еды), панкреатин.

Rp. Acidi hydrochlorici diluti
Pepsini āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке во время еды

Rp. Pancreatini 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку после еды

БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ (MORBUS BASEDOWI). ТИРЕОТОКСИКОЗ (THYREOTOXICOSIS). ГИПЕРТИРЕОЗ (HYPERTHYREOSIS). Болезнь развивается в результате повышенной функции щитовидной железы (гипертиреоз) и усиленного образования гормона (тироксина).

Появление базедовой болезни отмечается после испуга и сильных нервных потрясений. Психическая травма и повышенная нервная возбудимость изменяют функцию щитовидной железы, повышают образование гормонов. Изменения со стороны половых и других желез внутренней секреции также действуют на щитовидную железу. Иногда базедова болезнь развивается после удаления фибромы матки, после аборта и пр. Различные инфекции (грипп, тифы, туберкулез, тонзиллиты и др.) иногда дают толчок к возникновению базедовой болезни.

Симптомы и течение. Три основных симптома: зоб (увеличенная щитовидная железа), пучеглазие и тахикардия (учащение пульса). Заметно дрожание рук, языка, а иногда и всего тела. Больные худеют, становятся раздражительными, страдают бессонницей, повышенной потливостью, испытывают чувство жара; субфебрильная температура (37—37,5°). Болезнь может начаться остро, с быстрым развитием всех признаков, резким упадком питания, появлением сердечной недостаточности. Такие больные могут погибнуть от общего истощения и сердечной недостаточности.

Чаще болезнь протекает хронически, с периодическими улучшениями и последующими обострениями.

Лечение. Необходимо создать спокойную обстановку. В острых случаях больных помещают в больницу или санаторий. Пища питательная и разнообразная, молочно-растительная, богатая витаминами. Избегать мяса и мясных супов. Запрещаются алкогольные напитки, курение, кофе и крепкий чай. Внутрь — средства, успокаивающие нервную систему: валерьяновые капли (по 20 капель 3 раза в день), бромистые препараты, бромурал (по 0,3 г 3 раза в день), люминал (по 0,05 г 2 раза в день), а также малые дозы йода.

Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0:200,0
Natrii bromati 8,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Jodi puri 0,2
Kalii jodati 0,4
Aq. destill. 20,0
MDS. От 5 до 10 капель 3 раза в день после еды

Специфически действует метилтиоурацил; дают по 0,2 г десять дней три раза в день, 10 дней два раза в день, 10 и больше дней один раз в день. Этот препарат нужно применять очень осторожно — возможна интоксикация (тошнота, рвота, лейкопения, повышение температуры). Применяют также комбинированные пилюли: малые дозы йода, люминала и метилтиоурацила (под контролем количества лейкоцитов крови).

Rp. Jodi puri 0,02
Kalii jodati 0,2
Luminali 0,4
Methylthiouracili
Extr. Valerianae āā 2,0
Extr. et pulvis Liquiritiae
q. s. ut f. pil. N. 40
MDS. По 1 пилюле 2 раза в день после еды
2—3 курса по 20 дней с двадцатидневными перерывами

В тяжелых случаях, не поддающихся обычным способам лечения, приходится прибегать к операции — частичная субтотальная резекция (удаление) щитовидной железы.

Профилактика. Укреплять нервную систему. Правильно чередовать работу и отдых. Работа должна происходить в спокойной обстановке и в случае надобности — перемена работы или ее ограничение. Рекомендуется спорт. Запрещаются алкоголь, курение.

БЕЛОКРОВИЕ см. *Лейкемия.*

БЕРИ-БЕРИ см. *Авитаминоз* B_1.

БЛЕДНАЯ НЕМОЧЬ см. *Хлороз.*

БЛОКАДА СЕРДЦА см. *Аритмии.*

БЛУЖДАЮЩАЯ, или ПОДВИЖНАЯ, ПОЧКА см. *Почка опущенная.*

БОТКИНА БОЛЕЗНЬ (MORBUS BOTKINI). С. П. Боткин первый указал, что некоторые острые гепатиты вызываются инфекцией; с тех пор эти болезни стали называть инфекционными желтухами.

Инфекционная желтуха иногда распространяется в виде небольших эпидемий — заболевают лица одной семьи или одного общежития.

Возбудителем болезни Боткина является фильтрующийся вирус, который находится в крови больного и выделяется с испражнениями. Инкубационный период от 20 до 45 дней и более. Заражение происходит через загрязненные руки, мух. Могут быть заболевания при переливании крови и при проведении профилактических прививок, в том числе серопрофилактики кори (сыворотка от больных болезнью Боткина), при инъекциях недостаточно простерилизованным шприцем или иглами.

Симптомы и течение болезни. Основным симптомом является желтуха. Часто желтухе предшествуют плохой аппетит, отрыжка, запоры или поносы, иногда рвота. Затем повышается температура, и через несколько дней появляется желтушное окрашивание склер и кожи. Раньше всего отмечается желтушное окрашивание белочной оболочки глаз, затем кожи. В связи с желтухой (паренхиматозной) наблюдаются все те изменения, о которых говорится в разделе «Желтуха» *(см.)*.

Больные иногда ощущают боль в печени. Печень иногда значительно увеличена. В некоторых случаях прощупывается увеличенная селезенка. Болезнь Боткина может протекать очень легко (с незначительными клиническими признаками) и очень бурно, сопровождаясь значительными разрушениями печеночной паренхимы. РОЭ умеренно увеличивается (25—30 мм в час).

В легких случаях повышенная температура держится около недели, затем постепенно начинает спадать. Воспалительные явления в печени про-

ходят, желчь снова поступает в кишечник и окрашивает испражнения. Кожа постепенно принимает нормальный вид, самочувствие улучшается, силы больного восстанавливаются. Болезнь продолжается 3—4 недели.

В тяжелых случаях лихорадочный период длится дольше, желтуха держится 2—3 месяца. Иногда в период улучшения наступает вновь обострение болезни с усилением желтухи и других признаков болезни. Затяжное течение болезни может закончиться циррозом печени *(см.)*.

Болезнь Боткина может закончиться значительными дистрофическими изменениями печени с некрозом печеночной ткани. Такая форма острого гепатита называется острой дистрофией печени и может закончиться смертью.

Острая печеночная дистрофия наблюдается иногда у беременных, особенно после 3—4 месяцев беременности. Острая дистрофия печени протекает с высокой температурой; быстро развивается значительная слабость; печень значительно уменьшается в размерах (атрофия); больные часто впадают в бессознательное состояние и в течение нескольких дней могут погибнуть.

Распознавание. Дифференцировать приходится с другими острыми паренхиматозными гепатитами (см. *Гепатит паренхиматозный острый*).

Лечение. Постельный режим. Обильное питье, особенно 5% раствора глюкозы (1—2 л в сутки) или введение ее путем капельных клизм.

Пища смешанная, но преимущественно углеводистая: овощные супы, вареные овощи и фрукты, компоты, белый хлеб, нежирное молоко, молочные каши, вареный картофель, сливочное масло (10—15 г в сутки), побольше сладкого (сахар, варенье, мед, сладкие кисели и компоты). Белки в виде творога, нежирного мяса и рыбы в вареном виде в небольшом количестве. Пища должна быть богата витаминами, особенно витамином С. Нельзя давать мясных (рыбных) супов, жареного мяса, закусок, острых приправ, яиц (желтков), жирных продуктов. Следить за регулярным действием кишечника; давать слабительные соли натощак — карлсбадская соль по одной чайной ложке на прием.

Rp. Salis Carolini factitii 50,0
DS. 1 чайную ложку на стакан воды, выпить в течение 15 минут натощак

Внутрь дают боржом, ессентуки и др.

При тяжелых формах внутривенные вливания раствора глюкозы одновременно с подкожными впрыскиваниями инсулина.

Rp. Sol. Glucosi 40% 20,0
D. t. d. N. 6 in amp.
Для внутривенного вливания по 20 мл 2 раза в день

Rp. Insulini 5,0
DS. 5 единиц под кожу 2 раза в день

(В 1 мл содержится 20 или 40 единиц инсулина, о чем имеется указание на этикетке.)

При остром гепатите применяют также липокаин, аскорбиновую кислоту, витамины B_1 и К, камполон.

Rp. Lipocaini 0,1
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день под кожу

Rp. Sol. Thiamini bromati 0,6% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 1 раз в день подкожно

Rp. Acidi ascorbinici 0,35
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Vicasoli 0,02
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл внутримышечно 1 раз в день

При ослаблении сердечной деятельности — подкожно кофеин, камфара, коразол, при кожном зуде — теплые ванны с двууглекислой содой (400 г на ванну) и ежедневное обтирание кожи 1—2% раствором уксуса, 2% раствором карболовой кислоты.

Профилактика. Испражнения и мочу больных необходимо обезвреживать 3% раствором хлорамина. Подкладные судна и утки обезвреживают также в 3% растворе хлорамина. Необходимо тщательно стерилизовать шприцы, иглы до и после употребления, для больных болезнью Боткина выделять особые шприцы и иглы.

Больные болезнью Боткина подвергаются обязательной госпитализации.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА см. *Астма бронхиальная.*

БРОНХИТ ОСТРЫЙ (BRONCHITIS ACUTA). Основная причина — инфекция (пневмококки, пневмобациллы, реже — стафилококки, стрептококки и другие бактерии). При понижении сопротивляемости организма (простуда, охлаждение и др.) бактерии поражают слизистую оболочку дыхательных путей и вызывают воспаление.

При некоторых инфекционных болезнях бронхит является одним из признаков этих болезней (грипп, корь, туберкулез легких, иногда брюшной тиф и др.). Химические вещества, вызывая раздражение, также могут быть причиной воспаления дыхательных путей, в том числе и бронхов.

Симптомы и течение. Кашель сухой или влажный (с выделением слизисто-гнойной мокроты). При сухом бронхите выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы, при влажном — средне- или мелкопузырчатые. Перкуторный звук без изменений. При распространенном бронхите наблюдается одышка. Инфекционные бронхиты сопровождаются повышением температуры (37—38°). Острый бронхит в среднем длится 1—2 недели; у ослабленных, истощенных больных бронхиты могут затягиваться.

Лечение. При повышении температуры — постельное содержание. Применение сульфаниламидов, особенно при подозрении на вовлечение в процесс легких (см. *Пневмония крупозная*). Чистый нехолодный воздух в помещении. На грудную клетку — банки или горчичники, иногда круговой согревающий компресс. Обильное горячее питье: горячее молоко с содой ($^1/_2$—1 чайная ложка на стакан), с боржомом (пополам), чай с малиной (малиновым вареньем). При лихорадочном состоянии — аспирин (по 0,5 г 3 раза в день). При сильном кашле и значительной одышке — кодеин, дионин.

Rp. Codeini puri 0,015
Natrii bicarbonici 0,25
D. t. d. N. 12 in tabul.
MDS. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Dionini 0,2
Aq. Laurocerasi 20,0
MDS. По 20 капель 3 раза в день

Rp. Sol. Dionini 2% 15,0
DS. По 10 капель 3 раза в день

При трудно отделяемой мокроте — ипекакуана, апоморфин, сенега, термопсис.

Если при влажном бронхите наблюдается сильный кашель, то дают отхаркивающие средства в сочетании с наркотическими.

Rp. Inf. herbae Thermopsidis
1,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Apomorphini hydrochlorici 0,05
Ac. hydrochlorici diluti 0,5
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Dec. rad. Senegae 6,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Codeini 0,015
Terpini hydrati 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae
0,5 : 200,0
Liq. Ammonii anisati
Natrii bicarbonici āā 4,0
Codeini phosphorici 0,15
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

При сопутствующем бронхите лечить главным образом основное заболевание.

Профилактика. Изоляция инфекционных больных во избежание заражения. Предупреждение охлаждения, особенно лиц, подверженных простуде. Закаливание организма, занятия спортом.

БРОНХИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (BRONCHITIS CHRONICA). Болезнь развивается после повторных острых бронхитов, при длительном вдыхании ядовитых газов, пыли и многолетнем курении, при застое в малом кругу кровообращения, эмфиземе, пневмосклерозе.

Симптомы и течение те же, что и при остром бронхите.

Распознавание. Хронический бронхит нужно отличать от хронического ларингита и трахеита, от бронхоэктазии, бронхиальной астмы и туберкулеза легких.

Лечение. Устранить вредные моменты и бороться с состояниями, поддерживающими бронхит. Лечение, как при остром бронхите.

Профилактика. Оберегать от охлаждения лиц, подверженных простуде. Охрана труда на химических, так называемых пылевых и других предприятиях для предупреждения раздражения дыхательных путей. Запретить курение.

БРОНХОПНЕВМОНИЯ см. *Пневмония очаговая.*

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ — РАСШИРЕНИЕ БРОНХОВ (BRONCHOECTASIA). Расширения бронхов бывают врожденные и приобретенные. Приобретенные образуются вторично как осложнения при хронических бронхитах, после частых пневмоний, при туберкулезе легких, иногда после выпотных плевритов. При хроническом воспалении бронхов происходят изменения в слизистой и в мышечной оболочке бронхов. Эластическая ткань заменяется соединительной и стенки бронхов становятся податливыми. Соединительная ткань, разрастаясь около бронхов, уплотняется и растягивает бронхи. Склеротические изменения в легких (пневмосклероз) после пневмоний и при туберкулезе вызывают сморщивание легочной ткани, что также ведет к расширению бронхов. Считают, что и здоровая легочная ткань растягивает потерявшие эластичность патологически измененные участки легких. Бронхоэктазы бывают цилиндрические (равномерные расширения), веретенообразные и мешотчатые.

Симптомы и течение. По утрам больной с сильным кашлем выделяет мокроту «полным ртом», т. е. сразу большое ее количество.

Мокрота жидкая, гнойная. В более поздней стадии болезни, когда в полостях бронхов начинают развиваться гнилостные бактерии, мокрота приобретает гнилостный, вонючий запах. Часто наблюдается кровохарканье и кровотечение вследствие разрыва кровеносных сосудов в истонченных стенках расширенных бронхов. Образование гнилостной мокроты в течение

долгого времени приводит к общей интоксикации организма: появляется бледность, похудание, общая слабость; пальцы принимают вид барабанных палочек. Расширение бронхов развивается в нижних отделах легких; над ними можно обнаружить некоторое притупление звука (склеротические изменения в легких). При выслушивании отмечаются различные хрипы, главным образом крупнопузырчатые. Большие мешотчатые расширения бронхов могут давать признаки каверны: тимпанический звук, бронхиальное или амфорическое дыхание. Бронхоэктазия — болезнь хроническая, тянется годами с постепенным ухудшением. Вначале болезнь протекает как хронический бронхит, затем появляется гнилостная мокрота и картина общей интоксикации. Часто бронхоэктазия осложняется пневмонией. С течением времени развивается легочная эмфизема и недостаточность сердца. Вследствие хронической общей интоксикации может развиться липоидно-амилоидный нефроз.

Распознавание. Надо отличать от абсцесса или гангрены легких, от туберкулезной каверны (см. *соответствующие болезни*).

Лечение. Усиленное питание, ограничение поваренной соли и жидкости, лечение малокровия *(см.)*. В постели придавать больному такое положение, которое облегчает отхождение мокроты: ножной конец кровати поднять на 20—30 см на 2—3 часа и принять такое положение, при котором происходит лучшее отхождение мокроты. Банки, иногда отхаркивающие (термопсис, сенега) и дезинфицирующие (терпингидрат) средства.

Rp. Inf. herbae Thermopsidis ex 0,6 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Rp. Terpini hydrati 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4 раза в день

Частое полоскание рта дезинфицирующими растворами (риванол, марганцовокислый калий, перекись водорода).

При кровохарканьи, при легочном кровотечении — обычные мероприятия (см. *Кровотечение легочное*).

Применяют отсасывание гноя из бронхоэктазов при помощи бронхоскопа с последующим введением в них раствора пенициллина (200 000—400 000 ЕД), а также пенициллин в виде аэрозоля, биомицин (см. *Абсцесс легких*). При значительных бронхоэктазах в одном легком прибегают и к хирургическому вмешательству. Благотворное влияние на течение болезни оказывает длительное пребывание в условиях теплого, сухого, степного климата.

Профилактика. Борьба с инфекциями (грипп, корь, коклюш и др.), раннее систематическое лечение пневмоний, лечебная физкультура и общий гигиенический режим, тренирующие дыхательную функцию.

ВАСКУЛИТ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ (VASCULITIS HAEMORRHAGICA). КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ (CAPILLAROTOXICOSIS HAEMORRHAGICA). Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха) следует рассматривать как гиперергическую нервно-сосудистую реакцию на различные вредности, часто инфекционного происхождения. Болезнь развивается после ангин, реже кори, скарлатины, туберкулеза и др. Охлаждение, травмы, непереносимость некоторых пищевых продуктов могут служить причиной болезни. При заболевании повышается проницаемость капилляров и мелких сосудов с последующим воспалением сосудистых стенок.

Симптомы и течение. Почти всегда наблюдаются высыпания в виде геморрагических экзантем на коже и слизистых оболочках. Сыпь может быть обильная и очень скудная. Очень часто наблюдаются мышечные и суставные боли «летучего» характера, с опуханием и болезненностью суставов. При абдоминальной (брюшной) форме наблюдаются резкие боли в животе характера колики, сопровождающиеся рвотой, запором

или поносом, иногда кровавым, вызванным геморрагическими высыпаниями на слизистой желудочно-кишечного тракта и по брюшине, а также воспалением сосудов. При поражении почечных сосудов развивается нефрит. Часто наблюдается лейкоцитоз, ускоренная РОЭ. Геморрагический синдром (количество тромбоцитов, свертываемость крови, скорость кровотечения) без изменения.

Часто бывают повторные атаки (рецидивы).

Абдоминальная форма может осложняться непроходимостью кишечника, перфорацией и острым перитонитом. Иногда в процесс вовлекаются другие органы.

Распознавание. Болезнь можно принять за ревматизм, нефрит, острый аппендицит, непроходимость кишечника. О наличии геморрагического васкулита говорят наличие сыпи и комбинация поражения различных органов. От других геморрагических диатезов геморрагический васкулит отличается отсутствием симптомов геморрагического синдрома.

Профилактика и лечение. Устранение пищевых и других раздражителей, инфекционных очагов. Покой, постельный режим. Применяют общеукрепляющие средства, при наличии инфекции — антибиотики (см. *Абсцесс легких*) и противоаллергические (десенсибилизирующие): димедрол, салицилаты, пирамидон, новокаин, адренокортикотропный гормон (АКТГ), кортизон или преднизон, аскорбиновая кислота, а также витамин Р и рутин, уплотняющие сосудистую стенку.

Rp. Sol. Novocaini 0,25% 100,0
Sterilisetur!
DS. Внутривенно по 5—10—20 мл

Rp. Dimedroli 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Vitamini P 0,075
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10 in charta cerata (в вощаной бумаге). S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Rutini 0,02
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Hormoni adrenocorticotropini 20 ED D. t. d. N. 6
S. Растворить перед употреблением в 2 мл стерильной дистиллированной воды и вводить по 0,5—1 мл 4 раза в сутки внутримышечно

Rp. Cortisoni 0,025
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 4 раза в день

Rp. Prednisoni 0,005
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 3—4 раза в день

ВЕРЛЬГОФА БОЛЕЗНЬ см. *Тромбопения.*

ВЫСОТНАЯ БОЛЕЗНЬ, ГОРНАЯ БОЛЕЗНЬ. Возникает в разреженной атмосфере (понижение атмосферного давления) от недостатка кислорода, а также от недостаточного содержания углекислоты в крови вследствие ее усиленного выделения при учащенном и углубленном дыхании. Болезненные явления могут уже появиться на высоте 2000 м над уровнем моря. Обычно болезнь развивается на высоте 4000—5000 м. При всякой физической работе потребность в кислороде повышается. Поэтому при восхождении на горы (альпинизм) явления гипоксемии (пониженное содержание кислорода в крови) наступают быстрее, чем на той же высоте у лиц, находящихся в покое (например, в самолете).

Симптомы и течение. При восхождении пешком в первую очередь появляется мышечная слабость, затем одышка, углубленное и

учащенное дыхание, учащение сердечной деятельности, головокружеияе, тошнота, рвота. Затем появляются кровотечения — иосовые, легочные. Высотная болезнь у лиц, находящихся в покое (в самолете), часто иачииается с мозговых явлений: сонливость, головокружеиие, апатия, судороги и потеря сознания.

В некоторых случаях виезапно могут возникиуть явления коллапса. При резких изменениях атмосфериого давления (например, быстром подъеме самолета) появляются сильные боли в придаточных полостях (лобных, гайморовых), ушах, суставах.

Постояино жнвущие на больших высотах более приспособлены к иедостатку кислорода. Большое значение имеет постоянная тренировка к подъемам. Особенно тяжело переиосят подъемы больные легочяыми и сердечными заболеваниями, гипертонией, страдающие малокровием, хотя в обычных условиях оии и являются практически здоровыми.

Профилактика и лечеияе. При подъемах на горы необходима предварительиая треннровка. Перед подъемом и иа зиачительиых высотах — легкая еда, без переполиеиия желудка. Идти медленно, дышать ровно и глубоко, устраивать частые привалы. Одежда свободиая, не стесняющая, легкая. Оберегать себя от сильиых солнечных лучей и перегревания.

При появленин симптомов высотиой болезни необходимо прекратить подъем и дать отдых или, что еще лучше, спустнть пострадавшего в более низкое место. Во время полета — вдыхаиие кислорода, которое быстро сиимает многие симптомы болезни.

При паденнн артериального давления и вызванной им сердечной слабости — впрыскивание камфары, кофеина; при головных болях — пярамидон или фенацетин с кофеином.

В качестве противорвотного средства профилактнчески прнмеияют таблетки аэрона.

Rp. Tabul. Aeroni N. 20
S. По 1—2 таблетки на прием за 1 час до полета

ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО см. *Абсцесс легкого.*

ГАСТРИТ ОСТРЫЙ. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛУДКА (GASTRITIS ACUTA). Возннкает вследствие различных раздражений стенки желудка: чрезмерного количества пищи, особенно грубой, неудобоваримой, слншком жирной (жареная свиннна, гусь, жареные пироги и пр.); плохо пережеванной или слишком холодной пнщи, пищевых отравлений, вызываемых недоброкачественной пищей; всевозможиых ядов — кнслот и щелочей (вызывающих ожоги), мышьяка, ртутных препаратов (сулема), алкоголя; длительного применения некоторых лекарств (адонис, наперстянка, салициловый натрий, йодистые препараты); повышенной чувствительностн к некоторым пищевым веществам (яйца, раки, земляника и др.).

Симптомы и течение. Рвота сиачала пнщей, а затем слизью и желчью; при ожогах — прямесь кровн. Болн в областн желудка, иногда схваткообразные. Аппетит отсутствует, язык обложен, отрыжка, изжога, тошнота. При гастритах, вызванных употреблением недоброкачественных продуктов, наблюдаются явления общего отравления: повышенная температура, слабость, головная боль. В тяжелых случаях — резкий упадок сердечно-сосудистой деятельности; бледность покровов, похолодание коиечиостей, учащенный пульс слабого наполнеиия.

Распозиавание. Острый гастрит необходимо отличать от язвы желудка; прн повышенной температуре — от острых заболеваний органов живота (аппендицит, холецнстит, воспаление придатков). В постановке диагиоза большую роль играет анамнез: внезапность иачала заболевания, связанного с приемом пищи, ее качеством, одновремеиное отравление у других лиц и пр.

Лечение. Промывание желудка. В случае невозможности промыть желудок, давать больному пить в большом количестве теплую воду, лучше с примесью соды, после чего искусственно вызвать рвоту (щекотание глотки и пр.). Когда рвотные движения прекращаются, дают слабительные (касторовое масло, английскую или глауберову соль), чтобы быстрее вывести из кишечника яды, успевшие попасть туда из желудка.

Постельное содержание. На живот грелку или согревающий компресс, грелки к рукам и ногам. При сильных болях — атропин или даже морфин или промедол под кожу; внутрь — анестезин.

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 1 мл под кожу

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. 1 мл под кожу

Rp. Sol. Promedoli 2% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Anaesthesini 0,3
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Первые 1—2 дня болезни лучше совсем не давать пищи; при этом внутривенно вводят 40% раствор глюкозы по 20 мл 2—3 раза в день. Обильное питье в теплом или, еще лучше, в горячем виде (чай с лимоном, кофе с молоком, кипяченая вода). Против мучительных позывов к рвоте рекомендуется горячее питье глотками. Иногда помогает глотание кусочков льда. При ожогах желудка крепкими щелочами и кислотами — глотать кусочки льда; пить глотками холодную (со льда) воду, сливки, глотать мороженое небольшими порциями. При упорной рвоте — подкожные вливания физиологического или рингеровского раствора или раствора глюкозы (см. *Пищевода воспаление*).

Rp. Sol. Glucosae 40% 20,0
D. t. d. N. 10 in ampul.
S. Для внутривенного вливания

После того как пройдут острые явления — бульон, слизистые отвары, кисель, желе, хорошо проваренные молочные каши со сливочным маслом или сахаром.

Внутрь — белладонна с двууглекислой содой или магнезией.

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Magnesiae ustae 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Natrii bicarbonici 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Saloli 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

При ослаблении сердечной деятельности — сердечные средства (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*).

Профилактика. Устранение причин, вызывающих заболевание. Наблюдение за доброкачественностью продуктов. Следить за приемом лекарственных средств, могущих вызвать раздражение желудка.

ГАСТРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (GASTRITIS CHRONICA). Острый гастрит переходит в хронический, если не устранена причина болезни или продолжаются раздражения слизистой желудка (грубой пищей, алкоголем

и пр.). Развитню гастрита способствуют: иерегуляриое питаине, редкие приемы пищн, слишком обильиая илн грубая пища, иедостаточное разжевывание, еда иаспех, всухомятку, чрезмерио горячая и холодиая пища и питье, острые приправы, хроиическое отравление алкоголем. Хроиический гастрнт возиикает так же, как осложиеиие и сопутствующее явлеиие при язве и раке желудка, прн холецистнте, туберкулезе, сифилисе, злокачествеииом малокровии, декомпеисации сердца, воспалеиин почек. Недостаточиость питания и витамиив комплекса В, С и др. способствует атрофни и развитию гастрита.

Гастриты могут протекать с иормальиой, повышеииой и понижеииой кислотиостью, а также с полиым отсутствием кислотиостн (см. *Ахилия желудка*).

Симптомы и течеине. Тяжесть или боль в подложечиой области, отрыжка, изжога, иногда тошиота и рвота. Вот эти явления иаблюдаются или усилнваются в связи с прииятой пнщей, особеино еслн больиой ие соблюдает диетических предписаиий. При кислом катаре бывает кнслая отрыжка и рвотиые массы кислого запаха. Вследствие процессов гниеиия, происходящих в желудке, иаблюдаетсл отрыжка тухлым. При ощупываиии живота — разлитая болезиеииость в подложечной областн. Прн исследоваиии желудочного сока — повышеииая или понижеииая кислотиость илн даже полиое отсутствие соляной кислоты и ферментов. Болезиь может тянуться годами, периодически улучшаясь или ухудшаясь, в зависнмости от образа жизии больиого и соответствующих лечебиых мероприятий.

Распозиаваине. Надо отличать от язвы желудка и иачальиых явлеиий рака желудка (см. *соответствующие болезни*), от хроиического холецнстита и холаигита.

Лечеине. Соблюдеиие правильиого пищевого режима и соответствующей диеты; есть часто, ио иебольшими порцнямн, хорошо разжевывать пищу; пища должна быть питательиой, содержащей достаточиое количество калорий, механически и химически щадящей. Нельзя употреблять свежий хлеб, сдобные пироги, жириое жареное мясо и рыбу, различиые иепротертые овощн — капусту, огурцы и пр.

При понижеииой кислотности и ахнлии допускаются некоторые приправы и пряиости, которые, раздражая слизистую, могут увеличивать кнслотиость желудочиого сока; пища рублеиая или протертая. Прн гастрите с повышеииой кислотиостью разрешается: молоко, сливкн, слизистые протертые супы (протертые крупы и овощи), слнвочиое масло, черствый белый хлеб, каши, картофельиое пюре, яйца, паровые котлеты, вареиое иежнриое мясо и рыба, протертые овощи и иекнслые фрукты. Пнща должиа быть малосольиой. При поинжеииой кислотности иазиачают ту же диету, ио пищу можио солить по вкусу, дают еще мясиые супы, кислые продукты (фрукты и кнсели) и иекоторые пряиости (горчицу, уксус, перец).

Лекарства: при увеличеииой кислотиости — атропии илн белладоииа (болеутоляющие и поиижающне кислотиость), сода, магиезия, висмут (поиижающие кнслотиость).

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 10,0
DS. По 8 капель 2 раза в деиь перед едой

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Natrii bicarbonici 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в деиь перед едой

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Bismuthi subnitrici
Magnesiae ustae āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку перед едой 3 раза в день

При уменьшении или полном отсутствии кислотности назначают натуральный желудочный сок, 1 столовую ложку во время еды 2—3 раза в день или раствор соляной кислоты, иногда с пепсином, а также горечи.

Rp. Acidi hydrochlorici diluti 15,0
DS. По 10—20 капель во время еды

Rp. Acidi hydrochlorici diluti
Pepsini āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке во время еды

Rp. T-rae Amarae 25,0
DS. По 25 капель перед едой

Rp. T-rae Nucis vomicae 20,0
T-rae Chinae compositae 20,0
MDS. По 8—15 капель перед едой

При наличии большого количества слизи, частой рвоте и особенно при гнилостных процессах — промывания желудка натощак; при повышенной кислотности — 2% раствором двууглекислой соды, а при пониженной — физиологическим раствором поваренной соли.

При увеличенной кислотности рекомендуются курорты Боржоми, Железноводск, при пониженной — Ессентуки.

Профилактика. Лечение острого гастрита и других болезней, предрасполагающих к развитию хронического гастрита. Полноценная пища с достаточным количеством витаминов. Режим питания. Избегать слишком острой (раздражающей) и грубой пищи. Не злоупотреблять алкоголем. Следить за состоянием зубов и пользоваться протезами (при необходимости).

ГАСТРОПТОЗ. ОПУЩЕНИЕ ЖЕЛУДКА (GASTROPTOSIS). Опущение желудка и других органов живота происходит при слабости брюшного пресса и связочного аппарата, поддерживающего желудок.

Часто наблюдается у многорожавших женщин с дряблым животом и у сильно похудевших людей; наблюдается и при расширении желудка (см. *Расширение желудка*).

Симптомы и течение. Ощущение полноты, тяжести и боли в животе, главным образом после еды и особенно после обильной. При лежании все эти явления проходят или ослабевают. При ходьбе и особенно при поднятии тяжестей боли усиливаются.

Профилактика и лечение. Запрещается поднятие тяжестей. Необходимо постоянное ношение бандажа. При похудании — усиленное питание. Пить и есть чаще и небольшими порциями.

ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТ ОСТРЫЙ. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛУДКА И КИШОК (GASTROENTEROCOLITIS ACUTA). Инфекция, испорченные (гнилые) пищевые продукты и другие ядовитые вещества поражают сначала слизистую желудка, а затем, проникая в кишечник, вызывают воспаление его слизистой оболочки.

Симптомы и течение. Сочетание признаков острого гастрита, энтерита и колита (рвота, понос, боли в животе, повышенная температура). В тяжелых случаях — коллапс (общая слабость, упадок сердечной деятельности, бледность покровов, похолодание конечностей). После устранения причины, вызвавшей болезнь, острые явления обычно проходят в течение нескольких дней и постепенно наступает выздоровление. При тяжелых отравлениях больные могут погибнуть от общей интоксикации организма.

Профилактика и лечение см. *Профилактика и лечение острого гастрита, энтерита и колита.*

ГЕЛЬМИНТОЗЫ см. *Глистные заболевания.*

ГЕМАТУРИЯ см. *Хирургические болезни.*

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА см. *Анемия гемолитическая.*

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ДИАТЕЗЫ. Геморрагиями называются кровотечения, а диатез — это предрасположение организма к определенным заболеваниям. Геморрагическим диатезом, или кровоточивостью, называются заболевания, сопровождающиеся кровотечениями, возникающими вследствие понижения свертываемости крови, недостатка в крови тромбоцитов, протромбина (тромбогена) или повреждения капилляров (токсические или дистрофические). К геморрагическим диатезам относятся такие болезни, как тромбопения, гемофилия, цинга *(см.)*.

ГЕМОРРОЙ см. *Хирургические болезни.*

ГЕМОТОРАКС см. *Кровоизлияние в полость плевры.*

ГЕМОФИЛИЯ. КРОВОТОЧИВОСТЬ (HAEMOPHILIA). Болезнь наследственная, поражающая только мужчин. Кровоточивость объясняется понижением свертываемости крови.

Симптомы и течение. После хотя бы незначительного ранения или травмы (парез, царапина, удаление зуба, ушибы) следуют упорные кровоизлияния и кровотечение под кожу, в суставы, мышцы, из слизистых оболочек. Резкое понижение свертываемости крови.

Профилактика и лечение. Оберегать больного от всяких ушибов и ранений, самых ничтожных, операций вплоть до выдергивания зубов. Общее укрепление организма (см. *Анемия*). При кровотечении — обычные методы остановки кровотечения: давящая повязка, тампонада, подкожное впрыскивание нормальной лошадиной сыворотки (до 100 мл), внутривенное введение хлористого кальция. При значительных кровотечениях прекрасный результат дает переливание больших количеств крови. Как кровоостанавливающее средство можно также применять витамин К (викасол по 0,015 г 2—3 раза в день).

Пища должна быть богата витамином С.

ГЕПАТИТ (ВОСПАЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ) ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ОСТРЫЙ (HEPATITIS PARENCHIMATOSA ACUTA). Развивается большей частью на почве инфекции кишечного или иного происхождения.

Крупозное воспаление легких, возвратный тиф, сепсис иногда сопровождаются паренхиматозным гепатитом. Причинами гепатитов могут быть различные токсины, поступающие в печень из кишечника по воротной вене, а также из общего тока крови по печеночной артерии; отравления новарсенолом (например, при лечении сифилиса), мышьяком, фосфором, хлороформом, ядовитыми грибами и пр.

Симптомы и течение. Основной симптом острых гепатитов — желтуха. Симптомы и течение острых гепатитов см. *Боткина болезнь.* Симптомы острых гепатитов зависят от основных заболеваний; желтуха во многом сходна с желтухой при болезни Боткина.

Наиболее остро и бурно протекает острая дистрофия печени, которая является злокачественной формой паренхиматозного гепатита. Тяжелые формы болезни Боткина иногда протекают с явлениями острой дистрофии печени *(см.)*. Беременность, сифилитическая инфекция и алкоголизм могут иногда осложнять течение болезни и могут способствовать развитию острой дистрофии печени, которая протекает с высокой температурой, быстро развивается значительная слабость, больные часто впадают в бессознательное состояние и в течение нескольких дней могут погибнуть.

Распознавание. Острые паренхиматозные гепатиты нужно дифференцировать: с болезнью Боткина, с хроническим гепатитом (см. *Циррозы печени*), сопровождающимися желтухой; с механическими желтухами, вызванными закупоркой печеночного или желчного протока (желчным камнем) или их сдавлением (раковой опухолью, эхинококковым пузырем, сифилитической гуммой).

Профилактика и лечение см. *Боткина болезнь*, а также лечение основного заболевания.

ГЕПАТИТ СИФИЛИТИЧЕСКИЙ см. *Сифилис печени.*

ГЕПАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ см. *Циррозы печени.*

ГИГАНТИЗМ. Передняя доля гипофиза выделяет гормон роста. Если повышенная функция передней доли гипофиза происходит в период роста (в детстве и юношестве), то наблюдается усиленный пропорциональный рост всего организма. Такой чрезмерный рост называется гигантизмом. Усиленный рост обычно начинается в период полового созревания. Гигантский рост доходит до 200—220 см и больше. Психическое и половое развитие у гигантов отстает. Мышцы плохо развиты, трудоспособность и половое чувство понижены. Гиганты недостаточно устойчивы к различным инфекциям и часто погибают в молодом возрасте. Если болезнь начинается после окончания периода роста, то развивается акромегалия *(см.)*.

ГИДРОНЕФРОЗ см. *Хирургические болезни.*

ГИДРОТОРАКС (HYDROTHORAX). Водянка грудной клетки. При этом происходит скопление транссудата (невоспалительной жидкости) в полости плевры. Он появляется наряду с общими отеками в других полостях и в подкожной клетчатке при тяжелой сердечной недостаточности, нефритах и особенно нефрозах, алиментарной дистрофии.

Симптомы и течение. Гидроторакс всегда начинается в нижних отделах полости плевры, одновременно с двух сторон, причем с одной стороны жидкости может быть несколько больше. При перкуссии — притупление, при выслушивании — ослабленное дыхание или его отсутствие; ослабление голосового дрожания. В результате сдавления обоих легких значительно затрудняется движение и работа сердца и появляются или усиливаются признаки сердечной недостаточности (одышка, цианоз, учащение и ослабление пульса). Температура и состав крови нормальны. Течение гидроторакса как осложнения одного из указанных выше заболеваний зависит от течения основной болезни.

Распознавание. Отличать нужно от выпотного плеврита и гемоторакса, которые обычно бывают односторонними.

Профилактика и лечение. Профилактика и лечение основного заболевания и сердечной недостаточности. Если транссудат достаточно велик и ухудшает состояние больного, его нужно выпустить.

ГИПЕРТИРЕОЗ см. *Базедова болезнь.*

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (MORBUS HYPERTONICUS). Гипертонической болезнью называется заболевание, основным симптомом которого является повышенное артериальное давление (гипертония). От гипертонической болезни следует отличать симптоматическую гипертонию, когда гипертония является только симптомом какого-либо другого заболевания, например при воспалении почек, некоторых заболеваниях желез внутренней секреции и др.

Причины болезни. Возникновение гипертонической болезни объясняется перенапряжением коры головного мозга, резкими психическими переживаниями (психическими травмами). Раздражения высших нервных центров (коры головного мозга) через вегетативные нервные центры передаются на периферию, вызывая повышение тонуса (спазмы) артерий (артериол), что ведет к сужению просвета.

Гипертоническая болезнь часто возникает у лиц с повышенной реактивностью центральной нервной системы. При дальнейшем течении болезни повышенный тонус сосудов, возможно, поддерживается различными прессорными веществами, выделяемыми органами внутренней секреции (адреналин, вазопрессин, гормон гипофиза и др.) и почками (ренин). Этим можно объяснить сравнительно частое возникновение гипертонической болезни у женщин в климактерическом периоде.

Симптомы и течение болезни. Основным симптомом этой болезни является повышенное артериальное давление: максимальное давление превышает 140 мм ртутного столба, а минимальное — 90 мм. Максимальное давление может доходить и до 200—300 мм, а минимальное — до 130—150 мм и даже выше. Пульс напряженный, сердце увеличено влево

вследствие гипертрофии левого желудочка. На аорте выслушивается акцент второго тона. Больные жалуются на приливы к голове, сердцебиение, головокружение, боли в сердце, головные боли.

При гипертонии наблюдаются спазмы артериол; такие же спазмы могут происходить в венечных артериях и артериях головного мозга, чем и объясняются боли в этих органах.

Болезнь чаще развивается постепенно, протекает хронически, годами, проходя ряд стадий. Различают три стадии болезни: преходящую (неустойчивую), устойчивую (постоянную) и склеротическую. В первой стадии болезни при определенных условиях (под влиянием каких-либо факторов, раздражающих нервную систему) периодически наблюдается повышение на некоторое время артериального давления; первая стадия является обратимой, так как признаков органического поражения мозга и внутренних органов не наблюдается, трудоспособность обычно не нарушается и лишь изредка наблюдаются кратковременные спазмы мозговых и коронарных артерий, сопровождающиеся повышением артериального давления. Во второй, устойчивой, тоже обратимой стадии артериальное давление остается все время повышенным, но дает снижение и даже временно падает до нормы под влиянием благоприятных условий внешней среды и соответствующего лечения. Две первые стадии можно объединить в одну — функциональную (неврогенную). На почве расстройств питания развиваются дистрофические изменения в тканях и органах. В результате некоторого ослабления сократительной функции гипертрофированного сердца возникает одышка, наблюдаются приступы болей в сердце (стенокардия, грудная жаба) и нарушение мозгового кровообращения ангиоспастического характера.

Характерны изменения глазного дна (сужение артерий сетчатки, расширение вен).

В третьей стадии болезни наблюдается устойчивая гипертония, дающая некоторое снижение давления, обычно не доходящее до нормы. Повышенный тонус стенок артерий и повышенное давление крови создают благоприятные условия для развития склеротических изменений и отложения холестерина в стенках артерий. Поэтому в третьей стадии болезни уже наблюдаются те или иные склеротические изменения в сосудах. Вследствие склероза коронарные сосуды суживаются и питание сердечной мышцы нарушается (коронарная недостаточность). В гипертрофированной мышце развиваются склеротические (рубцовые) изменения, вызывающие постепенное ослабление сердечной мышцы, и к основной болезни присоединяются явления сердечной недостаточности — одышка, отеки и приступы сердечной астмы. Склероз венечных артерий при наличии приступов стенокардии может закончиться тромбозом их, т. е. инфарктом миокарда. При склерозе мозговых сосудов головные боли становятся более постоянными, головокружение усиливается, слабеет память, больные теряют трудоспособность. У больных могут происходить кровоизлияния в мозг.

При склерозе мелких почечных артерий (нефроангиосклероз) нарушается функция почек с развитием их недостаточности: при этом постепенно может наступить уремия.

Иногда гипертоническая болезнь протекает приступами, отдельными **кризами** с периодическими улучшениями и ухудшениями.

Иногда наблюдается быстро прогрессирующий артериосклероз почек. Такая быстро развивающаяся форма гипертонической болезни называется злокачественной.

Распознавание. Производится на основании повышения артериального давления, напряженного пульса, увеличения сердца влево и вниз, акцента второго тона на аорте и других указанных выше симптомов.

Необходимо выяснить, не является ли гипертония вторичной, развившейся вследствие бывшего воспаления почек или других заболеваний, сопровождающихся повышенным артериальным давлением.

Лечение. Необходимо устранить причины, вызвавшие гипертонию.

При I стадии лечение заключается главным образом в воздействии на нервную систему. Больные в этой стадии трудоспособны и лечатся амбулаторно. При повышенной возбудимости нервной системы надо создать для больных соответствующие условия: работа должна протекать в спокойной обстановке с достаточным отдыхом. Больным запрещают чрезмерную работу, связанную с нервным или физическим перенапряжением, алкоголь, курение, крепкий кофе и чай.

Диету назначают преимущественно молочно-растительную. Запрещаются соленые и острые продукты (закуски, копчености, маринады и пр.), ограничивается питье. Больные не должны много есть и пить за один прием; надо следить за правильным функционированием кишечника.

Большое значение имеют занятия физкультурой, водные процедуры, отдых в санатории и пр.

Из лекарственных средств назначают успокаивающие: валерьяну, ландышевые капли, препараты брома, люминал, хлоралгидрат в небольших дозах.

Rp. Inf. rad. Valerianae 6,0 : 200,0
Kalii bromati
T-rae Convallariae majalis
āā 6,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Luminali 0,05
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Chlorali hydrati 2,0
Mucilaginis Gummi arabici
Aq. destill. āā 50,0
MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день

Режим и лечение II стадии гипертонической болезни такие же, как и при I стадии. При значительном возбуждении и плохом сне, помимо успокаивающих средств, назначают снотворные: люминал, хлоралгидрат, барбамил, мединал.

Rp. Barbamyli 0,3
D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку на прием

Rp. Medinali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. 1 таблетку перед сном

Кроме того, назначают средства, понижающие артериальное давление (диуретин, эуфиллин, папаверин, платифиллин, дибазол, МАП — мышечно-адениловый препарат), резерпин.

Rp. Camphorae monobromatae 0,25
Papaverini hydrochlorici 0,04
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Euphyllini 0,2
Dibazoli 0,02
Papaverini 0,04
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Diuretini 0,5
Luminali
Papaverini hydrochlorici āā 0,02
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Dibazoli 1% 1,0
D. t. d. in amp. N. 10
S. По 1—3 мл подкожно или внутривенно

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,005
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Reserpini 0,00025
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день после еды

При климаксе назначают октэстрол или фолликулин.

Rp. Folliculini oleosae 1,0
(á 5000 ED)
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл под кожу ежедневно

Rp. Ostestroli 0,001
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Применяют также ганглиоблокирующие средства, парализующие проведение нервного возбуждения через узлы вегетативной нервной системы (гексоний, пентамин).

Rp. Sol. Hexonii 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в сутки

Rp. Sol. Pentamini 5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,4 мл в мышцы (постепенно увеличивая дозу до 1—2 мл)

При стойкой гипертонии хорошее действие оказывают внутримышечные или внутривенные вливания сернокислой магнезии.

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 5 мл внутримышечно или внутривенно (медленно!)

При значительном повышении артериального давления периодически ставят пиявки за уши (по 3 шт.) или делают кровопускание из вены (250—300 мл).

При III стадии, кроме указанных мероприятий, проводят лечение атеросклероза *(см.)*, нефроангиосклероза *(см.)* и всех других патологических явлений, наблюдающихся в этой стадии [стенокардия, сердечная астма, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность *(см.)*].

П р о ф и л а к т и к а. Необходимы: повторные профилактические осмотры и измерения артериального давления; подробное ознакомление с факторами труда и быта, которые могут иметь значение в этиологии болезни; перевод на другую работу по медицинским показаниям; правильное чередование часов работы и отдыха, правильный режим и питание; достаточный и спокойный сон; здоровый культурный отдых; занятия физическим трудом и физкультурой для занимающихся умственным трудом; раннее распознавание болезни.

Очень важно, чтобы больные проводили дни отдыха на свежем воздухе, лучше за городом.

При II стадии гипертонической болезни также нужно прежде всего обращать внимание на состояние нервной системы.

В домашней обстановке больного нужно оберегать от излишних волнений, различных семейных неприятностей.

Желательно организовать дневной отдых, чтобы после работы больной мог поспать или полежать час.

Большое значение, особенно для лиц с неустойчивой нервной системой, ведущих преимущественно сидячий образ жизни, имеет активный отдых, связанный с движением (спорт, туризм, водные процедуры и др.).

Необходимо, чтобы рабочий день был строго нормирован, рекомендуется отдыхать среди дня. Иногда таких больных приходится переводить на сокращенный рабочий день, а в некоторых случаях — на другую, более спокойную работу. Следует особо подчеркнуть положительную роль ночных санаториев на предприятиях.

Больные гипертонической болезнью III стадии нуждаются в ограничении рабочего дня или перемене работы на более легкую, предоставлении им возможности работать в домашних условиях (надомники) или даже переводе на инвалидность.

ГИПОТИРЕОЗ см. *Микседема.*

ГИПОТОНИЯ см. *Сердечно-сосудистая недостаточность.*

ГЛИСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ см. также *Детские болезни. Глистные заболевания.*

Анкилостомидоз (поражение человека круглыми глистами анкилостомами). Анкилостомы, мелкие круглые черви длиной в 8—13 мм, паразитируют в двенадцатиперстной кишке и в верхнем отделе тонких кишок. Заражение происходит через загрязненные руки и пищевые продукты, а также через кожу: личинки проникают даже через неповрежденную кожу (главным образом через кожу ног). Заражение анкилостомами наблюдается в южных районах Советского Союза: Грузии, Азербайджане, Туркменистане и др. Случаи анкилостомидоза отмечались на Дальнем Востоке и в Донбассе (у шахтеров).

Основным симптомом является медленно развивающееся малокровие (количество гемоглобина падает до 20—15% и ниже), с сопутствующими признаками: бледность, слабость, головокружение, сонливость, одышка и др. Характерны желудочно-кишечные расстройства: понижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, запоры, сменяющиеся поносами.

Лечение. Утром через 2—3 часа после завтрака, богатого углеводами, дают 3 мл четыреххлористого углерода, а через $^{1}/_{2}$—1 час — 30 г английской соли.

Rp. Carbonei tetrachlorati 1,0
D. t. d. N. 3 in capsulis gelatinosis
S. 3 капсулы на прием

В течение 1—2 дней до лечения и после него из пищи исключаются жиры и алкоголь.

Четыреххлористый углерод противопоказан при болезнях печени, почек, острых желудочно-кишечных заболеваниях и при алкоголизме.

С успехом применяют тимол.

Rp. Thymoli 0,5
D. t. d. N. 12 in capsulis
S. Натощак каждые 15 минут принимать по 1 капсуле — всего 4 капсулы

Через полчаса после последней дозы принять солевое слабительное. Лечение проводить 3 дня подряд. Через 2—3 недели можно повторить курс лечения.

Хорошее действие оказывает хеноподиевое масло, иногда комбинированное с четыреххлористым углеродом.

Rp. Ol. Chenopodii 1,5
Ol. Ricini 50,0
MDS. Принимать натощак

При анкилостомидозе применяют также гептилрезорцин (см. *Аскаридоз*). Анемию лечат обычным путем.

Профилактика. Необходимы общие гигиенические мероприятия по уничтожению анкилостом. Личная гигиена, ношение обуви.

Аскаридоз (поражение аскаридами). Аскариды — крупные нематоды (круглые черви) веретенообразной формы длиной 15—40 см. Местом локализации является тонкий отдел кишечника. Аскаридоз широко распространен.

Заражение яйцами аскарид происходит через загрязненные руки, немытые овощи, фрукты, отчасти через мух.

Симптомы и течение. Расстройство аппетита, тошнота, иногда рвота, полуобморочное состояние. Частые боли в области живота. Иногда поносы, сменяющиеся запорами. В крови — эозинофилия.

Лечение. За день до начала лечения назначается легкая нежирная, но питательная пища, вечером дается слабительное, лучше всего слабительные соли (английская или глауберова соль).

Сантонин дают утром после легкого завтрака (стакан чаю и небольшой кусочек хлеба) в три приема — через час по таблетке. Через час после последней таблетки — снова слабительное. Такое лечение проводят 2—3 дня подряд. Можно давать сантонин и в течение всего дня: утром — после легкого завтрака, за 1 час до обеда и за 1 час до ужина с последующей дачей слабительного. Через две недели производят исследование кала на яйца глистов и в случае положительного результата проводят повторный курс лечения.

Rp. Santonini 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке через час натощак 3 раза в день в течение 2 дней

При передозировке сантонина возможно отравление: рвота, понос, судороги, ослабление сердечной деятельности, ксантопсия (видение предметов в желтом свете).

Можно давать готовые таблетки санкафен, которые содержат сантонина и фенолфталеина по 0,016 г и каломели 0,0065 г. Накануне вечером ставят клизму, а утром натощак в течение получаса дают 8—10 таблеток. Санкафен тоже дают 2 дня подряд.

Иногда против аскарид дают цитварное семя — 2—4 г на прием, обычно с вареньем или медом, 3—4 раза в день.

С успехом применяют новый препарат гептилрезорцин.

Rp. Heptylresorcini 0,1
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. Утром натощак по 1 таблетке каждые 5 минут

Принять все таблетки, запивая водой.

Накануне вечером принять солевое слабительное. За 12 часов до приема лекарства не принимать пищи. В день приема лекарства вечером или утром на следующий день повторно принять солевое слабительное.

Гептилрезорцин не следует давать при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Эффективными средствами являются препараты пиперазина (пиперазин гексагидрат, адипинат и сульфат).

Rp. Piperazini adipinici 0,5
D. t. d. N. 16 in tabul.
S. По 2 таблетки 4 раза в день после еды в продолжение 2 дней (если не было стула, то в конце второго дня дать слабительное или поставить клизму)

С успехом применяют кислород. Через желудочный зонд натощак вводят в желудок 1—2 л кислорода в течение 15 минут. Через два часа дают 30 г английской соли. Накануне ставят очистительную клизму. Через день повторяют курс лечения.

Стронгилоидоз (поражение стронгилоидом, или кишечной угрицей). Маленький глист, длиной 2—3 мм, паразитирует в двенадцатиперстной и тонкой кишках, проникает в толщу слизистой оболочки, где откладывает

яйца. Личинки попадают в организм с загрязненной пищей или через кожу. Стронгилоидоз наблюдается в жарких странах, а также в странах умеренного климата (среди шахтеров и др.).

Симптомы и течение. При стронгилоидозе характерны упорные поносы, боли в животе, поражение желчного пузыря. Значительная эозинофилия (до 50—75%).

Наиболее эффективным препаратом является генцианвиолет.

Rp. Gentianvioleti 0,1
D. t. d. N. 15 in obl.
S. По 1 облатке 3 раза в день за 1 час до еды

Курс лечения — 10—15 дней. Через 1—1½ месяца можно повторить лечение.

Трихоцефалез (поражение власоглавом). Возбудитель власоглав — круглая нематода длиной 30—55 мм. Место локализации — толстая и слепая кишка.

Симптомы и течение. Явления со стороны желудочно-кишечного тракта (пониженный аппетит, тошнота, смена запоров и поносов), крови (анемия, лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия), нервной системы (головные боли, обмороки, ослабление памяти, понижение трудоспособности, раздражительность).

Лечение. Проводят лечение осарсолом.

Rp. Osarsoli 0,25
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке за 1 час до еды 4 раза в день (давать 5 дней по 4 таблетки)

Больной накануне получает легкую диету, вечером — слабительное. В конце лечения опять слабительное. Через 2—3 недели в случае надобности курс лечения повторяют. Заболевание печени и почек является противопоказанием к даче осарсола.

Кроме осарсола, дают тимол.

Rp. Thymoli 0,75
D. t. d. N. 6 in capsulis
S. По 1 капсуле натощак за полчаса до еды один раз в день

Курс лечения — 6 дней. Вечером 6-го дня — слабительная соль 30,0 на прием. После шестидневного перерыва повторное лечение. Проводят 8 таких курсов. Тимол противопоказан при болезнях почек, печени, острых и язвенных желудочно-кишечных заболеваниях и при беременности. При трихоцефалезе также применяют гептилрезорцин и генцианвиолет.

Трихинеллез. Трихина, или трихинелла, тоже относится к круглым червям. Трихинеллы встречаются у многих животных, в том числе у свиней, собак, крыс.

Заражение происходит через свиное мясо, в котором находятся трихинозные зародыши.

Трихины — маленькие червячки длиной 3—4 мм. Личинки трихинелл со свиным мясом попадают в желудок; мясо там переваривается, капсула личинок разрушается. В таком виде личинки переходят в кишечник, где в течение двух суток превращаются в зрелых трихинелл. Последние проникают в стенку кишечника и за 1—2 месяца откладывают до 1500 личинок, которые с током крови разносятся по всему организму. Они проникают в поперечнополосатые мышцы, преимущественно в мышцы диафрагмы, гортани, жевательные, межреберные.

Симптомы и течение. Заболевание трихинеллезом протекает очень тяжело. В начале болезни наблюдаются резкие боли в животе, рвота, поносы с водянистыми испражнениями. Температура доходит до 40°. Когда трихины проникают в мышцы, появляются резкие мышечные боли.

В крови лейкоцитоз за счет увеличения эозинофилов, число которых доходит до 40, 60 и даже 80%. Болезнь продолжается в течение нескольких недель, затем наступает медленное выздоровление.

Вначале, а также в течение всей болезни дают слабительные соли. Слабительное очищает кишечник от трихин и личинок, которые еще не успели проникнуть из кишечника в мышцы.

Общий уход такой же, как за тяжелыми лихорадящими больными.

При ослаблении сердечной деятельности назначают соответствующие сердечные средства.

Энтеробиоз (поражение острицами) см. *Детские болезни. Глистные заболевания.*

Тениидоз. К ленточным глистам, наиболее часто встречающимся у человека, относятся цепень бычий (крупный гельминт 6—7 м длины), цепень свиной (головка его снабжена крючьями — отсюда название «вооруженный» цепень), широкий лентец (самый крупный из гельминтов — длиной от 2 до 10 м, число члеников равно нескольким тысячам).

Симптомы и течение. Примерно те же, что и при трихоцефалезе, но обычно выражены более значительно.

Заражение бычьим и свиным цепнем происходит при употреблении в пищу мяса крупного рогатого скота и свиней, содержащего жизнеспособные финны, а широким лентецом — при поедании сырой или недостаточно проваренной или прожаренной инвазированной рыбы.

Лечение. Накануне лечения — легкая полужидкая, но достаточно питательная диета, вечером солевое слабительное. На следующее утро натощак экстракт мужского папоротника.

Rp. Extr. Filicis maris aetherei 0,5
D. t. d. N. 10 in capsulis gelatinosis
S. Принять в течение получаса

Через 1—2 часа после последней капсулы — слабительная соль 30 г на прием (касторовое масло противопоказано). Еще эффективнее вводить экстракт папоротника непосредственно в двенадцатиперстную кишку через дуоденальный зонд одновременно со слабительной солью.

Rp. Extr. Filicis maris aetherei 6,0
Gummi arabici q. s. ut fiat emulsio 5,0
DS. Ввести через дуоденальный зонд. Через 15—30 минут через тот же зонд ввести раствор английской соли (30 г на полстакана воды), после чего зонд извлечь

После выхождения глиста или действия слабительного больному нужно дать легкий горячий завтрак и обильное питье (кофе, чай).

Так как изгнание ленточных глистов ослабляет больного, а кроме того, возможно отравление папоротником, больной должен находиться в постели и под наблюдением медицинского персонала. Через лупу надо осмотреть узкий конец глиста, чтобы проверить, вышла ли его головка. В противном случае через несколько месяцев лечение повторяют. Для изгнания ленточных глистов с хорошим успехом применяют тыквенное семя (100—300 г на прием).

Профилактика. Санитарный надзор за водоемами (охранять от загрязнения фекалиями), уборными (обеспечить невозможность доступа к фекалиям животных). Ветеринарный санитарный надзор за мясом убой-

ного скота и рыбой. Массовая дегельминтизация населения. Личная профилактика — употреблять в пищу рыбу и мясо только в хорошо проваренном, прожаренном или просоленном виде.

Трематодозы. Трематодозы — глистные заболевания, вызываемые плоскими червями-сосальщиками. В СССР наиболее часто встречаются описторхоз (кошачья или сибирская двуустка) и фасциолез (печеночная двуустка).

Описторхозом заражаются при употреблении сырой или полусырой рыбы; поэтому болезнь распространена среди жителей бассейнов крупных рек. Сибирская двуустка — небольшой глист длиной в 1 см. Фасциолезом заражаются при питье воды из болотистых водоемов и при употреблении в пищу овощей, зараженных этой водой. Печеночная двуустка имеет длину 3—5 см. Эти паразиты поражают преимущественно желчные протоки, желчный пузырь, а иногда протоки поджелудочной железы.

У больных наблюдаются симптомы холецистита, ангиохолита, печеночной колики и гепатита.

Лечение. Применяется гексахлорэтан.

Rp. Hexachloraethani 1,0
D. t. d. N. 12 in capsulis gelatinosis
S. По 2 капсулы каждые 15 минут; 6 капсул в первый день лечения; остальные 6 капсул — во второй день

Давать 2 дня подряд утром через час после легкого завтрака (стакан сладкого чая и 100 г хлеба). После лекарства слабительного не давать. В дни лечения и в течение 1—2 дней до и после него ограничить прием жиров и запретить алкоголь.

Спустя 2 месяца можно повторить лечение.

Профилактика. Не употреблять в пищу сырой, в том числе мороженой, и полусырой рыбы. Из болотистых водоемов пить только кипяченую воду и овощи, поливаемые такой водой, употреблять в пищу только вареными или обваривать их кипятком.

ГОРНАЯ БОЛЕЗНЬ см. *Высотная болезнь.*

ГРУДНАЯ ЖАБА см. *Стенокардия.*

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЦА см. *Сердечно-сосудистая недостаточность.*

ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ, НЕСАХАРНОЕ МОЧЕИЗНУРЕНИЕ (DIABETES INSIPIDUS). Несахарное мочеизнурение возникает вследствие понижения функции задней доли гипофиза (мозгового придатка), выделяющего гормон, тормозящий мочеотделение. Играет роль и центральная нервная система (межуточный мозг). Причинами поражения гипофиза и межуточного мозга являются опухоли, травма головного мозга (сифилитическая и туберкулезная инфекция).

Симптомы и течение. Усиленное выделение мочи (до 10—30 л в сутки) с очень низким удельным весом (1001—1004), жажда. Состав мочи нормальный. Болезнь хроническая (продолжается годами).

Распознавание. Нужно отличать от сахарного диабета, при котором наблюдается высокий удельный вес мочи и содержание сахара в ней; нужно иметь в виду болезни, при которых наблюдается полиурия, например при сморщенной почке (начальная стадия хронического нефрита и нефро-ангиосклероза).

Лечение. Применение питуитрина и адиурекрина.

Rp. Pituitrini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Ежедневно по 1 мл под кожу

Rp. Adiurecrini 0,05
D. t. d. N. 10
S. По ½ порошка вдыхать в каждую ноздрю 1—2 раза в день

Пища, бедная солью и белками (чтобы уменьшить жажду). Питье нельзя ограничивать, но больной сам должен стремиться к воздержанию от него.

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ. САХАРНОЕ МОЧЕИЗНУРЕНИЕ (DIABETES MELLITUS). При сахарном мочеизнурении нарушается углеводный обмен — недостаточное усвоение сахара организмом, увеличение образования сахара, выведение сахара с мочой; повышение количества сахара в крови. При сахарной болезни наблюдается понижение функции поджелудочной железы (уменьшение образования инсулина). Болезнь иногда возникает после сильных нервных потрясений, травм головного мозга. Чрезмерное переедание, чрезмерное употребление сладких, мучнистых и сдобных блюд в некоторых случаях предрасполагают к сахарной болезни.

Симптомы и течение. Повышенная жажда, увеличение выделения мочи (до 3—5 л и более в сутки). Основной признак — присутствие сахара в моче. Удельный вес мочи всегда высокий (до 1030—1050). Повышенное количество сахара в крови, повышенный аппетит в начале болезни; общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная нервная возбудимость, похудание и малокровие. В тяжелых случаях при недостатке в тканях углеводов из жиров и белков образуются ацетоновые тела, отравляющие организм, что приводит к диабетической коме: глубокое шумное дыхание (большое дыхание Куссмауля), запах ацетона (напоминает запах яблок) от выдыхаемого воздуха; падение сердечной деятельности и артериального давления; потеря сознания.

При легкой форме диабета сахар в моче исчезает при ограничении углеводной пищи. При тяжелой форме диабета сахар в моче стойко держится.

Легкие формы сахарной болезни могут тянуться годами, не особенно беспокоя больных.

При тяжелых формах наступает изнурение и истощение всего организма, вследствие чего могут развиться вторичные заболевания: фурункулез, карбункулы и особенно туберкулез легких.

В некоторых случаях болезнь оканчивается диабетической комой, от которой больные погибают, если своевременно не принять соответствующих мер.

Распознавание. На основании постоянной жажды, повышенного аппетита, полиурии, высокого удельного веса и сахара в моче, а также повышенного содержания сахара в крови.

Нужно отличать от несахарного диабета и других заболеваний, при которых наблюдается полиурия (хронический нефрит, нефроангиосклероз).

Лечение. Индивидуальный стол. Установить, какие углеводы больной лучше переносит и при каком количестве углеводов сахар исчезает из мочи или его количество заметно уменьшается. Питание полноценное, с достаточным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов, особенно для истощенных больных: в среднем от 200 до 500 г углеводов, от 85 до 130 г белка, от 70 до 100 г жиров с общим количеством калорий от 2000 до 3500.

Для тучных больных устанавливают разгрузочные овощные или фруктовые дни (2 кг свежих огурцов или капусты, 1,5 кг яблок и пр.). Когда диетой нельзя добиться полного исчезновения сахара в моче, применяют инсулин (из расчета 1 единица инсулина на 2—2,5 г выделенного с мочой сахара) под кожу 1—2 раза в день. Инсулин впрыскивают за 30 минут до еды. В тяжелых случаях нельзя резко снижать количество даваемых углеводов, чтобы предупредить возникновение диабетической комы.

При значительном истощении больного и накоплении у него в крови кетоновых тел (ацетона, ацетоуксусной кислоты) надо давать ему достаточное количество углеводов. Для усвоения последних вводят соответствующее количество инсулина (до 80—90 единиц в сутки). При диабете со склонностью к кетозу назначают липокаин (препарат липотропного ве-

щества поджелудочной железы по 0,1 г 2—3 раза в день). При коме инсулин впрыскивают дробными дозами (до 200 единиц в сутки).

С большими дозами инсулина одновременно вводят внутривенно глюкозу, чтобы не вызвать гипогликемии (уменьшение содержания сахара в крови ниже нормы).

При гипогликемии появляется чувство голода, общая слабость, значительная потливость, дрожание конечностей и всего тела, учащенный пульс, иногда кома, при которой больной может погибнуть. При гипогликемии надо прекратить введение инсулина и дать больному несколько кусочков сахара или хлеба. При наступлении гипогликемической комы ввести внутривенно 20—50 мл 40% раствора глюкозы. Больным назначают щелочи, минеральные щелочные воды, так как у них образуются кислые продукты (кетоновые тела), вызывающие отравление организма. Неистощенным, особенно тучным, больным показаны легкий физический труд, занятия спортом и лечебной гимнастикой. При развитии малокровия, появлении фурункулов, ослаблении сердечной деятельности необходимо соответствующее симптоматическое лечение. У некоторых больных внутрь применяют по определенной схеме препараты, снижающие сахар в крови (надизан, букарбан и др.).

Надо следить за весом больного. При истощении ему необходимо назначать более полноценное питание; одновременно следует назначать соответствующие дозы инсулина.

Профилактика. Устранять причины, ведущие к развитию болезни. В начальных стадиях болезни установить толерантность (выносливость) больного к углеводам и назначить соответствующую диету. Наблюдать за тем, чтобы больной не переутомлялся, ограничить его рабочий день. Пищу тучных больных не перегружать углеводами. С целью профилактики и своевременного лечения на каждого больного диабетом составляется особая карточка. Все больные находятся под постоянным наблюдением врача поликлиники.

ДИСКИНЕЗИЯ (DYSKYNESIA) ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. Дискинезией (расстройством движения) желчных путей называется функциональное нарушение сокращений желчного пузыря и желчных протоков.

Вследствие нарушения функций симпатического и парасимпатического нервов возникает застой желчи в пузыре и желчных протоках. Вегетативные нарушения могут быть психогенного (коркового) происхождения, возникая, например, после психической травмы. Возникновению болезни способствует неустойчивость нервной системы. Чаще дискинезии возникают рефлекторным путем на почве патологически измененного желудка (язва желудка, гастриты) и кишечника (язва двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит, колит).

Дискинезия может способствовать воспалительному процессу в желчных путях вследствие внедрения в них инфекции (см. *Холангит, Ангиохолит, Холецистит*); часто возникают у лиц, перенесших болезнь Боткина.

Симптомы и течение. Частые, но обычно кратковременные приступы печеночной колики. При пальпации область желчного пузыря болезненна. Иногда во время приступа наблюдается повышение температуры и желтуха. У больных часто наблюдается раздражительность, смена настроения, плохой сон, симптомы желудочно-кишечных заболеваний. Течение болезни зависит в значительной степени от состояния нервной системы и брюшных органов.

Диагноз. Чаще всего дискинезию желчных путей принимают за желчнокаменную болезнь *(см.)* или холецистит *(см.)* и холангит. Кратковременные и частые приступы без значительного повышения температуры и выраженной желтухи, нормальный состав желудочного сока и дуоденального содержимого, а также отсутствие лейкоцитоза и холестеринемии указывают скорее на дискинезию.

Леченяе н профнлактика. Водные процедуры, занятия спортом, правильный режим дня, седативные и снотворные средства. Лечение сопутствующих желудочно-кишечных и других заболеваний.

Смешанная днета прн регулярном питаннн. Во время болей покой, тепло на печень, теплые ванны. Внутрь н под кожу атропин, белладонна, папавернн.

ДИСПЕПСИЯ БРОДИЛЬНАЯ. ДИСПЕПСИЯ ГНИЛОСТНАЯ см. *Поносы.*

ДИСТРОФИЯ АЛИМЕНТАРНАЯ см. *Алиментарная дистрофия.*

ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА см. *Миокардиодистрофия.*

ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ ОСТРАЯ см. *Боткина болезнь. Гепатит паренхиматозный острый.*

ЖЕЛТУХА. Желтуха — не болезнь, а синдром (совокупность снмптомов), наблюдаемый при различных заболеваниях печени, закупорке желчных протоков, интоксикацнях, повышенном распаде эрнтроцитов (гемолнзе).

Желтуха, развнвшаяся вследствие воспаления самой печеночной паренхнмы, называется паренхиматозной желтухой (см. *Гепатит паренхиматозный острый).*

Если крупный желчный проток будет закупорен желчным камнем илн сдавлен раковой опухолью, то тоже разовьется желтуха. Желтуха, вызванная механическим препятствием, называется механической желтухой.

Паренхнматозная н механнческая желтухи, развнвающиеся вследствне болезней печенн нлн закупоркн желчных протоков, называются гепатогенными.

Прн всякой гепатогенной желтухе кожа н белочная оболочка глаз окрашиваются в желтый цвет, причем вначале заметно окрашивание глаз, а затем кожи. Прн продолжительной желтухе, особенно механической, кожа приобретает зеленоватый (шафранный) и даже черный оттенок. Ввнду отсутствня в кншечнике желчн испражнения светлые, глннистого цвета, с непереваренным жнром. Обычно наблюдается запор; нспражнения и газы, образующиеся в большом количестве, часто сопровождаются гнилостим запахом.

Моча приобретает темно-бурый цвет, прнчем пена мочи в отлнчне от нормальной окрашнвается в желтый цвет. Еслн моча попадает на белье, на нем остаются зеленовато-желтые пятна.

Желчь, цнркулирующая в крови, действует отравляющнм образом на весь организм. У больных появляется упадок сил, подавленное настроенне, головные боли, пульс становнтся редким. Если желтуха длнтся долго, то вследствие раздражения желчью нервных окончаний кожи вознвкает снльный зуд, нногда очень беспокоящнй больного. Желтушные больные нногда страдают кровоточнвостью.

Гемолитическая желтуха развивается вследствие повышенного распада красных кровяных телец (гемолиз), в результате чего освобождается большое количество гемоглобнна. Как известно, красящее вещество желчи — бнлирубин — образуется из гемоглобнна кровн. При повышенном образованин бнлирубнна желчь насыщена желчными пигментами.

В кншечнике нз бнлирубина образуется большое количество гндробилирубина, значнтельная часть которого, всасываясь из кишечннка в кровь, поступает обратно в печень. Излишек его поступает в общнй ток кровн. В результате этого появляется желтушное окрашнвание кожн и склер.

При гемолнтической желтухе кожа и склеры окрашены в лимонно-желтый цвет. Прн гемолятической желтухе испражнення ннтенснвно окрашены в темно-коричневый цвет вследствне повышенного поступления в кишечннк бнлнрубина.

При гемолитнческой желтухе не наблюдается кожного зуда н другнх явлений интокснкацин организма. Гемолитнческая желтуха — заболевание крови, а не печенн (см. *Анемия гемолитическая).*

ЖЕЛТУХА ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ см. *Анемия гемолитическая.*

ЖЕЛТУХА ИНФЕКЦИОННАЯ см. *Боткина болезнь. Гепатит паренхиматозный острый, Инфекционные болезни. Лептоспироз иктеро-геморрагический.*

ЖЕЛТУХА КАТАРАЛЬНАЯ см. *Болезнь Боткина. Гепатит паренхиматозный острый.*

ЖЕЛТУХА МЕХАНИЧЕСКАЯ см. *Желтуха.*

ЖЕЛТУХА СПИРОХЕТНАЯ см. *Инфекционные болезни. Лептоспироз иктеро-геморрагический.*

ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ см. *Кровотечение желудочное.*

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (CHOLELITHIASIS). Желчные камни образуются в желчном пузыре и желчных протоках. Главной причиной их образования является повышенное содержание холестерина в крови, а также в желчи. Имеет значение также застой желчи в желчном пузыре и желчных протоках, постоянные запоры со вздутием кишечника, тучность, переедание. Воспалительные процессы в желчном пузыре (холецистит) и желчных протоках (холангит) способствуют образованию камней. Нарушение нервной регуляции в образовании желчи, деятельности печени и желчных путей также имеет значение.

Симптомы и течение. Основной признак — приступы резкой боли в правом подреберье (печеночные колики). Характерна отдача болей в правую лопатку. Приступы болей появляются от рефлекторно возникающих спазмов гладкой мускулатуры желчного пузыря и особенно желчных протоков. Печеночная колика часто сопровождается рвотой, ознобом и повышением температуры. Если камень закупорил главный печеночный или желчный проток, может развиться желтуха (механическая). При пальпации печень резко болезненна, особенно в области желчного пузыря. Приступ может продолжаться несколько минут, часов или даже несколько дней. Иногда температура держится довольно долго вследствие воспаления желчного пузыря и протоков. Если воспаление приняло гнойный характер, болезнь принимает тяжелую форму с послабляющей температурой, причем может произойти прободение желчного пузыря в полость брюшины с последующим тяжелым перитонитом. Желтуха может быстро пройти или же упорно держаться. Приступы печеночной колики могут годами не появляться или следовать один за другим очень часто.

Иногда желчнокаменная болезнь ничем себя не проявляет или дает нерезко выраженные признаки хронического холецистита без приступов печеночной колики.

Распознавание. Желчнокаменную болезнь приходится отличать от холецистита и холангита без наличия камней, от дискинезии желчных путей, от различных заболеваний, характеризующихся приступами болей (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендицит, почечнокаменная болезнь); при наличии желтухи — от острых гепатитов, циррозов, рака и эхинококка печени.

Лечение. Во время приступа печеночной колики под кожу вводятся морфин или омнопон (пантопон) или, еще лучше, морфин вместе с атропином или промедол.

Rp. Sol. Omnoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

Rp. Sol. Promedoli 1% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Полный покой, согревающий компресс или грелки на область печени, теплые или горячие ванны. При гнойном холецистите — полный покой и лед на область пузыря, инъекции пенициллина (200 000—400 000 ЕД в сутки), срочное направление в больницу с хирургическим отделением. Между приступами назначают молочно-растительную диету. Следить за действием кишечника, принимать щелочные воды (ессентуки, боржом). Из курортов рекомендуются Ессентуки. При частых приступах и упорной желтухе, а также при гнойном воспалении желчного пузыря — операция (удаление камня вместе с желчным пузырем).

Профилактика. Лечение болезней желчного пузыря и протоков, борьба с тучностью и холестеринемией. Наблюдение за правильным функционированием кишечника. Соблюдение соответствующего диетического режима.

ЗАПОРЫ (OBSTIPATIO). Причины: рубцовые сужения, опухоли, геморроидальные узлы; замедление кишечной перистальтики как результат ослабления кишечной мускулатуры (атония кишок). Атония кишок развивается при ослаблении общего тонуса организма, иногда под влиянием психических воздействий; при значительном малокровии и похудании вследствие длительных инфекционных заболеваний; при ослаблении брюшных мышц, сидячем образе жизни; при питании пищей, почти не дающей остатков (мясо, яйца, сахар, молочные продукты); злоупотребление клизмами и слабительными. Частое подавление желания (рефлекса) к акту дефекации и его отсрочка приводят к развитию так называемых привычных (атонических) запоров. Кроме *атонических*, наблюдаются также *спастические* запоры, вызываемые длительными сокращениями круговых мышц кишечника. В развитии кишечных спазмов большую роль играет перераздражение вегетативной нервной системы. Различные психические переживания могут вызывать спазмы кишечника. Запор может быть симптомом болезни (например, хронического колита). В этих случаях спазмы возникают от рефлексов, идущих со слизистой кишечника.

Симптомы и течение. Редкие испражнения — через день, два и реже. Кал твердый, темного цвета, иногда в виде отдельных орешков (овечий кал). Иногда стул бывает ежедневно и даже несколько раз в день, но небольшими порциями, так что кишечник полностью не очищается. Иногда — вздутие кишечника газами, сопровождающееся болями; после отхождения газов боли проходят. Застой каловых масс в кишечнике усиливает процессы гниения, постепенно ведет к воспалению (хронический колит).

Распознавание на основании приведенных признаков. Важно установить, имеется ли только нарушение функции кишечника или одновременно и воспалительные изменения (хронический колит).

Профилактика и лечение. При атонических запорах развивать кишечную и брюшную мускулатуру (занятие физкультурой, больше двигаться). При здоровом кишечнике — грубая и молочно-растительная пища; черный хлеб, овощи, фрукты, ягоды, гречневая каша, молоко, простокваша и пр. Привычные запоры устраняются путем выработки условного рефлекса к опорожнению кишечника; в определенное время, лучше всего по утрам, делают попытки опорожнить кишечник. При спастических запорах: избегать нервного переутомления, создать спокойную обстановку в работе и быту, заниматься физкультурой, не курить, не употреблять алкогольных напитков; иногда полезно принимать препараты брома, валерьяны, люминал.

При спазмах хорошее действие оказывает атропин. Механические запоры лечат устранением механических препятствий. В некоторых случаях приходится прибегать к очистительным клизмам или слабительным — внутрь вазелиновое масло (по 1 столовой ложке за полчаса до еды 2 раза в день). Дают также ревень, сложнолакричный порошок, карловарскую соль, фенолфталеин (пурген).

Rp. Pulv. rad. Rhei 0,5
D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 1—2 раза в деиь прн запорах

Rp. Pulv. Liquiritiae compositi 50,0
DS. 1 чайиую ложку на полстакаиа теплой воды. Приять иа иочь

Rp. Phenolphthaleini 0,1—0,3
D. t. d. N. 6
S. По 1—2 порошка на прием

Rp. Salis Carolini factitii 50,0
DS. 1 чайную ложку иа стакаи воды. Выпнть в течение 15 мин. натощак

Rp. Isaphenini 0,01
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

Прн хроиическнх запорах примеияют аллохол.

Rp. Allocholi 0,3
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 3 раза в деиь после еды

Если эти средства ие помогают, прибегают к касторовому маслу, аиглнйской или глауберовой солн, сифонным клнзмам или даже механическим путем (пальцем) удаляют нз прямой кишки каловые массы («каловые камни»).

ЗОБ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ (STRUMA ENDEMICA). Заболевание наблюдается у жнтелей иекоторых местностей. Развитие зоба объясняют недостаточным колнчеством йода в питьевой воде и пищевых продуктах. Йод необходнм для правильной фуикцин щитовндиой железы.

Симптомы и течеиие. Основиой снмптом — увеличениая щитовндная железа (зоб). Большой зоб иногда стесияет дыхание. Фуикцня щнтовндной железы может быть повышеиа (гнпертиреоз) (см. *Базедова болезнь*) нлн поннжена (гипотиреоз) (см. *Микседема*). Если с раннего детства отмечается резкое поиижение фуикции щитовндной железы, то развнвается кретнannнзм, при котором наблюдаются зобатость, задержка роста н отсталость в умственном развитии (вялость, лень, слабоумне); кожа одутловата, половые оргаиы иедоразвнты. Течение болезии хроннческое.

Профилактика и лечеиие. Постояино принимать малые количества йода.

Rp. Jodi puri 0,2
Kalii jodati 0,4
Aq. destill. 20,0
MDS. От 5 до 10 капель 3 раза в деиь после еды

В местиостях, где наблюдаются заболеваиия эидемнческим зобом, с профнлактической и лечебиой целью снабжают иаселеиие йоднроваииой солью (обычиая повареииая соль с иезаметиым иа вкус количеством йода). При гипотиреозах, особенно кретнизме, постояиные прнемы тнреоидииа (по 0,1 г 3 раза в деиь) с раннего детства. В остальиом общеукрепляющее лечеиие. Большне зобы, нарушающие фуикции оргаиов шеи, удаляют хирургическнм путем.

ИНФАРКТ ЛЕГКОГО (INFARCTUS PULMONIS). Возникает чаще всего от закупорки ветви легочиой артерии тромбом, образовавшимся в правом отделе сердца илн в венах большого круга кровообращеиня. Тромбы чаще всего образуются у больных с пороками сердца и кардиосклерозом при сердечиой иедостаточиости.

При тромбофлебитах оторвавшийся тромб также может явиться причиной инфаркта легкого. Тромб, инфицированный гноеродной инфекцией, вызывает воспаление, а иногда и абсцедирование соответствующего участка легких.

Симптомы и течение. Резкая боль в области инфаркта при дыхании, одышка, кашель с кровянистой мокротой. При значительном инфаркте — притупление перкуторного звука, бронхиальное дыхание, влажные хрипы, крепитация и часто шум трения плевры (в воспалительный процесс вовлекается и плевра, прилежащая к больному участку). Иногда развивается выпотной плеврит. Воспалившийся инфаркт обычно сопровождается повышением температуры.

Лечение. Полный покой, приподнятое положение, свежий воздух в помещении. Больному запрещаются резкие движения в постели, разговоры, волнение, а также курение.

При сильном кашле и болях — согревающий компресс. Внутрь наркотические средства (кодеин, дионин). При резкой боли и одышке — морфин, промедол или пантопон.

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 0,5—1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

Rp. Codeini puri 0,015
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

Rp. Sol. Dionini 2% 15,0
DS. По 10 капель 3 раза в день

При кровохарканьи — хлористый кальций внутрь или внутривенно.

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

При воспалении легких — сульфаниламидные препараты (см. *Пневмония крупозная*) и антибиотики (см. *Абсцесс легких*). При сильной одышке и цианозе — кислород и сердечные средства.

Профилактика. У больных с заболеванием сердца необходимо бороться с венозным застоем в большом и малом кругах кровообращения (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*).

При повышенной свертываемости крови принимать соответствующие меры (см. *Инфаркт миокарда*).

ИНФАРКТ МИОКАРДА (INFARCTUS MYOCARDII). Причины, вызывающие инфаркт миокарда: различные нервные возбуждения, перенапряжения психики, интоксикация никотином, ведущие к длительным спазмам коронарных сосудов, а чаще всего атеросклероз коронарных сосудов. Чаще он является следствием дальнейшего развития стенокардии *(см.)*. Иногда инфаркт возникает внезапно у человека, до этого никогда не жаловавшегося на заболевание сердца. Атеросклеротические изменения в венечных (коронарных) сосудах ведут к постепенному сужению их просвета; измененные стенки артерии способствуют образованию тромба (свернувшийся сгусток крови), который может совершенно закрыть просвет (коронаротромбоз).

При закупорке венечных (коронарных) артерий вследствие нарушения питания в данном участке миокарда образуется инфаркт, т. е. омертвение соответствующего участка миокарда; мышечная ткань на месте инфаркта постепенно перерождается, омертвевает и замещается соединительной тканью с последующим образованием рубцов.

Симптомы и течение. При тромбозе крупной ветви может наступить смерть. При тромбозе более мелких венечных сосудов развивается приступ грудной жабы (в течение нескольких часов и даже дней) (см. *Стенокардия*). Иногда боли ощущаются не в области сердца, а преимущественно в подложечной области. На следующий день поднимается температура, появляется лейкоцитоз. При развитии инфаркта может возникнуть перикардит (*см.*). Если инфаркт образовался в передней стенке миокарда, то можно прослушать шум трения перикарда. Инфаркт миокарда сопровождается иногда приступом сердечной астмы. При наступлении инфаркта часто наступает острая сердечно-сосудистая недостаточность (коллапс): бледность покровов, иногда с явлениями цианоза, ослабление и учащение пульса, падение кровяного давления, одышка. Иногда инфаркт миокарда протекает без болей в сердце, но с явлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности. Сердечная мышца у человека, перенесшего инфаркт миокарда, остается неполноценной. Возможны повторные образования инфарктов.

Распознавание. Следует отличать от приступа стенокардии. Трудно установить, имеется ли только приступ стенокардии или же одновременно и инфаркт. Для инфаркта характерны длительные боли (которые не прекращаются и после дачи нитроглицерина), повышение температуры, лейкоцитоз и в некоторых случаях шум трения перикарда.

Для диагностики инфаркта миокарда большое значение имеет электрокардиографическое исследование.

Лечение. Постельный режим в течение 1—2 месяцев, даже если пройдут все болезненные явления. Следует оградить больного от всяких возбуждений и волнений. Во время припадка — пиявки на область сердца, горячие ручные и ножные ванны, нитроглицерин 2—3 капли под язык, впрыскивания атропина, внутривенно — 40% раствор глюкозы.

Rp. Sol. Nitroglycerini spirituosae 1% 5,0
DS. 2—3 капли на прием при болях в сердце под язык

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 1 мл под кожу

Если нитроглицерин не снимает болей — подкожное впрыскивание морфина, промедола или пантопона.

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 1 мл под кожу при болях

Rp. Sol. Promedoli 1% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 1 мл под кожу при болях

При наступлении сердечной недостаточности впрыскивают камфару.

При падении артериального давления (коллапсе) — подкожные впрыскивания кофеина и внутривенное введение строфантина вместе с глюкозой.

Rp. Sol. Strophanthini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,5 мл в вену; развести в 20 мл 40% стерильного раствора глюкозы; вводить медленно!!

Для уменьшения свертываемости крови применяют дикумарин или неодикумарин (при обязательном лабораторном контроле протромбина крови и врачебном наблюдении).

Rp. Dicumarini 0,05
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Neodicumarini 0,2
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Профилактика. Укрепление нервной системы. При наличии стенокардии ограждение больного от нервных возбуждений, умственного и физического переутомления. Установление для больного правильного режима дня, диеты, нормального сна. Профилактика и лечение гипертонической болезни, атеросклероза, стенокардии. Назначение с профилактической целью дикумарина, чтобы предупредить возникновение тромбоза коронарных сосудов (при постоянном врачебном наблюдении).

КАМНИ ПОЧЕК см. *Почечнокаменная болезнь.*

КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ см. *Васкулит геморрагический.*

КАРДИОСКЛЕРОЗ. МИОКАРДИОСКЛЕРОЗ, МИОКАРДИОЦИРРОЗ (CARDIOSCLEROSIS, MYOCARDIOSCLEROSIS, MYOCARDIOCIRRHOSIS). При этих заболеваниях происходит образование соединительной рубцовой ткани в сердечной мышце. При миокардитах в мышечной ткани сердца развивается воспалительный процесс с некрозом мышечных волокон. При нарушениях питания сердечной мышцы (миокардиодистрофия, склероз коронарных сосудов, инфаркт миокарда) происходит постепенная атрофия мышечных волокон. В том и в другом случае на месте погибшей мышечной ткани разрастается соединительная ткань, вследствие чего понижается работоспособность миокарда.

Симптомы и течение. Вначале больной может чувствовать себя совершенно здоровым, трудоспособность не нарушается. Объективно отмечаются увеличение сердца и иногда приглушенные тоны. При прогрессировании болезни наступает сердечная недостаточность (см. *Сердечная недостаточность хроническая).* При недостаточности преимущественно левого желудочка могут появиться приступы сердечной астмы.

Распознавание. Нужно иметь в виду пороки сердца и миокардиты.

Профилактика и лечение такие же, как профилактика и лечение сердечных заболеваний, ведущих к развитию кардиосклероза.

В стадии компенсации — установление правильного режима (см. *Порок сердца компенсированный. Атеросклероз).* При декомпенсации — см. *Сердечная недостаточность хроническая. Лечение.*

КАТАР ЖЕЛУДКА см. *Гастрит хронический.*

КАТАРАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ см. *Пневмония очаговая.*

КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ см. *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Инфекционные болезни. Брюшной тиф. Дизентерия. Хирургические болезни. Кровотечение кишечное.*

КОЛИТ ОСТРЫЙ. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТЫХ КИШОК (COLITIS ACUTA). Причины острого колита те же, что и острого гастрита и гастроэнтероколита (см. *Гастрит острый. Гастроэнтероколит острый).*

Симптомы и течение. Основной признак — понос. Испражнения очень частые, жидкие, слизь выделяется вместе с испражнениями, не успев смешаться с ними. С каждой дефекацией выделяется сначала небольшое количество кала, а затем одна слизь, часто с примесью гноя и крови. При острых колитах наблюдается гнилостная диспепсия — испражнения с резким гнилостным, тухлым запахом. Боли обычно по всему животу, часто схваткообразные (кишечная колика), особенно перед позывом на стул. При поражении нижнего отрезка, особенно сигмовидной или прямой кишки, болезненные тенезмы (позывы на низ). Резкая боль отмечается также при метеоризме. При инфекционных колитах наблюдается повышение температуры (иногда до 39—40°) и явления общей интоксикации: головная боль, общая слабость, потеря аппетита, обложенный язык, помрачен-

ное сознание, судороги (при значительном обезвоживании организма). Острый колит иногда переходит в хронический. Острый колит, наблюдающийся при *дизентерии (см.)* и *холере (см.)*, имеет своеобразные симптомы и течение.

Распознавание. Часто острый колит комбинируется с острым энтеритом или острым гастритом (гастроэнтероколит). В первую очередь нужно установить, не является ли острый колит дизентерийного происхождения или иного (например, брюшной тиф). Изолированный острый колит нужно дифференцировать с острым гастритом и энтеритом, а также с хроническим колитом.

Лечение. При сильных поносах, особенно с сильными болями и высокой температурой, необходим постельный режим. Лечение следует начинать дачей слабительного (касторовое масло, слабительные соли), затем применять сульфаниламидные препараты — сульгин, фталазол (схема приема см. *Крупозное воспаление легких*) и антибиотики.

Rp. Sulgini 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 2 таблетки через 4 часа

Rp. Phthalazoli 0,5
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 2 таблетки через 4 часа

При уменьшении острых кишечных явлений дозировку сульфаниламидных препаратов можно уменьшить (до 0,5 на прием). Каждый порошок сульфаниламидных препаратов нужно обязательно запивать большим количеством щелочной жидкости или содовым раствором (1 чайная ложка соды на полстакана воды).

Rp. Synthomycini 1,0
D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку через 6 часов

Rp. Laevomycetini 0,5
D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку через 4—6 часов

Лечение проводят 4—7 дней и больше.

Синтомицин при длительном употреблении может вызывать тошноту, рвоту и сыпь, которые быстро проходят, а левомицетин, кроме того, — дерматит и лейкопению. В этом случае препараты отменяют.

На живот — грелки или согревающий компресс; обильное питье, лучше в горячем виде. При обезвоживании организма — подкожные вливания физиологического, рингеровского раствора или 5% раствор глюкозы (см. *Гастрит острый*).

Первые 2 дня дается только жидкая пища: горячий чай с сахаром и лимоном или красным вином, слизистые супы; молоко из пищи исключается. В первые же дни болезни (при явлениях гнилостной диспепсии) можно назначить на 1—2 дня яблочную диету (без всякой другой пищи и питья): 5—6 раз в день по 250 г протертых спелых яблок, очищенных и без сердцевины. Затем — мясные бульоны, белые сухари, кисели (черничный, клюквенный и др.), желе, хорошо протертые каши (рисовая, манная и др.), приготовленные на воде. Когда пройдут острые явления, разрешают вареные протертые овощи, рубленое вареное мясо (фрикадели, паровые котлеты). Постепенно переходят на общий стол.

Внутрь — атропин, белладонна, папаверин, салол, бензонафтол, таннальбин, висмут.

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Bismuthi subnitrici
Tannalbini āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Bismuthi subnitrici
Saloli āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Benzonaphtholi
Saloli āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

При ослаблении сердечиой деятельности — под кожу кофеин, камфару.

Профилактика. Охраиа продуктов от порчи и мух. Тщательная обработка продуктов, кипячение, жарение н пр. Профилактнка острых кишечиых инфекций. Предохранительные прививки. Личная профилактика: чистота рук, посуды н т. д.

КОЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (COLITIS CHRONICA).

Симптомы и течение. Хронические колиты обычио сопровождаются запорами, иногда поиосами; часто хроиические запоры сменяются иа несколько дией поносами с выделеиием большого количества слизи. При гнилостных процессах испражнения имеют тухлый запах. При преобладании брожения образующиеся газы, раздувая кишки, пучат живот, подпирают диафрагму и вызывают у стариков, а также у сердечиых больных одышку и боли в сердце; при пальпации прощупываются болезиенные кишки.

При поражении сигмовидной или прямой кишки часты позывы и теиезмы. Продукты гниеиия всасываются из кишок в кровь и отравляют весь организм; жалобы на плохой аппетит, неприятный вкус во рту, головные боли; развивается общая слабость и малокровие, плохое настроение. Болезнь может длиться годами.

Распознавание. Хроинческий колит надо отличать от хроиического энтерита.

Лечеине. Лечение приходнтся индивидуализировать в зависимости от наличия симптомов. Необходимо соблюдеиие правильного пищевого режнма, борьба с запорами и поиосами (*см.*). При поиосах и метеоризме нельзя давать грубую и молочную пищу. Овощи и фрукты (компоты) дают в протертом виде, вместо черного — белый хлеб. При гиилостных процессах нзбегать употребления в пищу мяса н янц, при бродильных — углеводов (см. *Поносы*). При пораженни нижннх отделов кишечиика периоднчески ставят очистительиые клизмы (прн запорах) из горячей нли теплой воды, к которой добавляют марганцовокислый калнй. Хорошее действие, особеино при метеоризме, оказывают ромашковые клизмы (1 столовую ложку на заварку): полученный отвар процеднть через марлю, отжать и влить в кружку с теплой или горячей водой (от 2 до 5 стакаиов). При зиачительном метеоризме дают карболен (по 0,5 г два раза в день) или белую глнну (Bolus alba).

При болях — диатермия или кварцевое облучеиие живота, а также белладонна с дезинфицирующими средствами.

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Saloli 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Benzonaphtholi 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Профилактика. Профилактика и лечеине острого колита и хронического гастрита. Наблюдение за правильной фуикцией кишечника: борьба с запорами и поносами. Правильный пищевой режим. В случае надобности соответствующая диета.

КОЛЛАПС см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая.*

КОМА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ см. *Диабет сахарный.*

КОМА ДИАБЕТИЧЕСКАЯ см. *Диабет сахарный.*

КОМА УРЕМИЧЕСКАЯ см. *Уремия. Нефрит хронический. Нефроангиосклероз.*

КОРОНАРОСКЛЕРОЗ см. *Кардиосклероз. Стенокардия.*

КОРОНАРОТРОМБОЗ см. *Инфаркт миокарда. Кардиосклероз. Стенокардия.*

КРЕТИНИЗМ см. *Зоб эндемический.*

КРОВАВАЯ РВОТА см. *Кровотечение желудочное.*

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ПОЛОСТЬ ПЛЕВРЫ. ГЕМОТОРАКС (HAEMOTHORAX). Главные причины: травмы и ранения грудной клетки.

Симптомы и течение. Жидкость в полости плевры (см. *Гидроторакс*); острое малокровие при внутреннем кровотечении (см. *Кровотечение легочное*).

Лечение см. *Кровотечение легочное.* При сильной одышке и сердечной декомпенсации удаление крови из полости плевры малыми порциями (30—50—100 мл), сердечные средства. В случае наступления острого малокровия — переливание крови и дальнейшее лечение анемии *(см.).*

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ (HAEMATEMESIS). Наблюдается при язве желудка, раке (вследствие распада раковой опухоли), при венозном застое в стенках желудка (например, циррозе печени), при повышенной кровоточивости (гемофилии, тромбопении). Значительное кровотечение сопровождается рвотой (кровавая рвота) или дегтеобразным стулом (см. *Язвенная болезнь*); небольшие кровотечения могут протекать незаметно, так как кровь поступает из желудка в кишечник, где подвергается перевариванию.

Симптомы и течение см. *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.*

Лечение. *Язвенная болезнь желудка.*

КРОВОТЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЕ см. *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, Инфекционные болезни, Брюшной тиф, Дизентерия, Хирургические болезни. Кровотечение кишечное.*

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЕ. КРОВОХАРКАНЬЕ (HAEMOPTOE). Причины: легочный туберкулез, бронхоэктазия, абсцесс, рак, инфаркт, травма и ранение легкого, пневмосклероз, застои в легких (отек легких, порок сердца, особенно стеноз митрального отверстия); гипертония (атеросклероз) и кровоточивость.

Симптомы и течение. С кашлем выделяется мокрота, окрашенная кровью, отдельные кровяные плевки (кровохарканье) или более значительное количество крови (легочное кровотечение). При сильном кровотечении наступает острое малокровие и коллапс: резкая бледность покровов и слизистых, общая слабость, головокружение, обморок, похолодание конечностей, холодный пот, малый и частый (нитевидный) пульс, а иногда даже полное его исчезновение.

Лечение. Полный покой, приподнятое положение в постели. Запрещение разговоров, курения, ограниченная еда и особенно питье; все — в холодном виде. Очищают кишечник; иногда на грудную клетку кладут пузырь со льдом, а к ногам — грелки. При оказании первой помощи дают 1—2 чайные ложки поваренной соли в половине стакана воды.

Внутривенные вливания поваренной соли (гипертонический раствор). Внутрь или внутривенно — хлористый кальций, глюкоза.

Rp. Sol. Natrii chlorati 10% 20,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенного вливания по 10 мл 1—2 раза в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенного вливания по 10 мл 1—2 раза в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 4 раза в день

При сильном кровотечении вводится 50—100 мл нормальной лошадиной сыворотки подкожно. Внутрь дают витамин К.

Rp. Vicasoli 0,015
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

При кашле — кодеин, диоинн, а иногда морфни. При кровотечении, вызванном застойными явлениями в легких, — камфара, наперстянка и др.

Rp. Sol. Dionini 2% 15,0
DS. По 10 капель 3 раза в день

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
По 1 мл под кожу

Rp. Inf. fol. Digitalis 0,6 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке через 3 часа

КРОВОХАРКАНЬЕ см. *Кровотечение легочное.*

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ. Сиидром (совокупность симптомов) сердечного заболевания, вызванного темн илн иными болезиеиными изменениями в легкнх.

При легочиой эмфиземе, пиевмосклерозе, бронхиальной астме, бронхоэктазах, туберкулезе легких *(см.)* и других легочных заболеваниях затруднеио продвижеиие крови в малом кругу кровообращения. Для преодоления этого препятствия правому желудочку прнходится усилеиио работать, что приводит к его гипертрофии.

Симптомы и течение. Пока сердечная мышца справляется с работой, компенсирует легочную недостаточность, наблюдаются симптомы указанных выше легочных заболеваний. При наступлении правожелудочковой сердечиой недостаточности наблюдаются явления застоя, преимущественно в большом кругу кровообращення: усиливается одышка (уже бывшая при легочной недостаточности), появляется цианоз, увеличенне печени, отеки, асцит (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая).*

Распознавание. Налнчие увеличения границы сердца вправо, сердечная недостаточность правожелудочкового типа с одновременным хроннческим заболеванием легких указывают на развитие симптомов легочного сердца.

Профилактика и лечение основного легочного заболевания н сердечиой недостаточиостн (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая).*

ЛЕЙКЕМИЯ (ЛЕЙКОЗ). БЕЛОКРОВИЕ (LEUKAEMIA). Лейкемией (лейкозом), или белокровием, иазывается заболевание, когда в кроветворных оргаиах, часто и в других тканях, значительно разрастается лейкобластическая (образующая белые кровяные тельца) ткань, а в крови до громадных чисел увеличивается число белых кровяных телец, причем по своему строению они отличаются от нормальных лейкоцитов периферической крови. Нормально в 1 мм³ крови иаходится 6000—8000 белых кровяных телец. Число лейкоцитов доходит до 200 000—500 000 и более в 1 мм³.

Иногда при лейкозах может быть нормальиое или даже уменьшеиное колнчество лейкоцитов.

Осиовным диагиостическим показателем будет появление в крови молодых и патологических форм лейкоцитов (гемоцнтобластов, мнелобластов, миелоцнтов, лимфобластов и др.).

Истнниая причниа этой болезни еще ие установлена. По своему происхождению, быстрому разрастанию лейкобластнческой ткани, течению и исходу болезни хронические лейкозы сходны со злокачествениыми опухолями.

Различают хроническую миелоидную лейкемию, когда в крови встречаются патологические формы гранулоцитов (миелобласты и миелоциты), хроническую лимфатическую, когда в крови обнаруживаются лимфобласты, из которых в норме образуются лимфоциты, и острую лейкемию.

Симптомы и течение. При миелоидной лейкемии, кроме большого количества в крови миелобластов и миелоцитов, одним из главных признаков является огромная селезенка, занимающая иногда всю левую и частично правую половину живота. При лимфатической лейкемии селезенка не такая большая, но зато значительно увеличиваются лимфатические узлы: шейные, паховые, подмышечные и др. Лейкемия часто сопровождается малокровием, которое прогрессирует вместе с основной болезнью.

Больные испытывают общую слабость, головокружение и одышку. Часто наблюдаются боли в костях, особенно в грудине. Болезнь может протекать хронически, в течение нескольких лет, причем состояние больного постепенно ухудшается.

Острая форма лейкемии сопровождается высокой температурой септического характера. Больные жалуются на слабость, одышку, головную боль и боль во рту. У них быстро развивается резкая анемия, появляются кровоизлияния на коже и слизистых оболочках. В полости рта и зеве развиваются язвенные и некротические процессы. Больные обычно погибают в течение нескольких недель, иногда болезнь длится дольше — до 2—3 месяцев.

Распознавание хронических форм производится на основании увеличенной селезенки, лимфатических узлов, картины крови, рецидивов болезни и прогрессирующего течения заболевания. Острая лейкемия диагностируется на основании быстрого прогрессирования болезни и главным образом по картине крови.

Лечение. Облучение рентгеновыми лучами селезенки, лимфатических узлов, костей (костного мозга), уретан, радиоактивный фосфор, новэмбихин, что может производиться в специальных лечебных учреждениях.

При малокровии — мышьяк и железо. Курс лечения — 1—1½ месяца.

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 10,0
Aq. Menthae 15,0
MDS. Начиная с 4 капель 3 раза в день и, прибавляя по 1 капле, дойти до 15 капель

Rp. Ferri reducti 0,5
D. t. d. N. 15 in oblatis
S. По 1 облатке 3 раза в день

При значительной анемии — переливание крови по 150—250 мл.

Лечение больных острой лейкемией производится антибиотиками (см. *Абсцесс легкого*) и переливанием крови (эритроцитарной массы). Тщательный уход, уход за полостью рта, полноценное питание, витамины, симптоматическое лечение.

При остром лейкозе применяют кортизон и адренокортикотропный гормон.

Rp. Hormoni adrenocorticotropini 20 ЕД
D. t. d. N. 6
S. Растворить перед употреблением в 2 мл стерильной дистиллированной воды и вводить по 0,5—1 мл 4 раза в сутки внутримышечно

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ. Злокачественное заболевание лимфатических узлов и селезенки. Причина этой болезни неизвестна.

Симптомы и течение. Основным симптомом являются увеличенные лимфатические узлы. Сначала увеличиваются шейные узлы, а затем подмышечные, паховые, средостения, брыжеечные и т. д. Лимфатические узлы плотны, безболезненны, подвижны, не спаяны с окружающей тканью.

В зависимости от величины узлов и их месторасположения, могут наблюдаться различные симптомы, обусловленные сдавлением близлежащих органов.

Селезенка увеличена. Характерна волнообразная лихорадка. Больные жалуются на общую слабость и кожный зуд. Постепенно нарастает анемия. Болезнь длится обычно 2—3 года, реже более длительный срок.

Распознавание. Следует отличать главным образом от туберкулезного лимфаденита, туляремии, лимфатической лейкемии и злокачественных опухолей (лимфосаркоматоз). При туберкулезе обычно не такое множественное поражение лимфатических узлов, узлы часто спаяны, отмечается их гнойный распад со свищами; селезенка не увеличена. При лимфатической лейкемии характерна картина крови, нет типичной для лимфогранулематоза лихорадки и кожного зуда.

При лимфосаркоматозе железы спаяны, разрастаются в определенном месте. Селезенка не увеличена, лихорадка бывает редко.

Лечение — рентгенотерапия, новэмбихин. Симптоматическое лечение: пирамидон, аспирин, мышьяк, железо и др.

ЛЮМБАГО см. *Миозиты и миальгии.*

МАЛОКРОВИЕ см. *Анемия.*

МЕТЕОРИЗМ. ВЗДУТИЕ ЖИВОТА ГАЗАМИ (METEORISMUS). Симптом, который наблюдается главным образом при различных кишечных заболеваниях. Причины: повышенное образование газов при кишечном брожении или гниении при употреблении в пищу большого количества углеводов, особенно растительной клетчатки; задержка газов в кишечнике вследствие пониженного их всасывания; заглатывание воздуха у страдающих неврозами; сужение кишок или полная непроходимость их; застой крови в полости живота при сердечной недостаточности. Резкий метеоризм наблюдается при общем перитоните.

Симптомы. Жалобы на чувство тяжести и распирания живота, схваткообразные боли, проходящие после отхождения газов. Живот вздут, при перкуссии — тимпанический звук.

Профилактика и лечение. При непроходимости кишечника и перитоните — хирургическое лечение. При застойных явлениях — лечение основного заболевания. При усиленном брожении — диета; ограничение потребления углеводистой и богатой клетчаткой пищи; преимущественно белковая пища: бульоны, рыбные супы (уха), мясо, рыба, яйца, творог, сметана. Внутрь карболен (по 0,5 г 2—3 раза в день), белая глина, атропин, белладонна, папаверин, ветрогонный чай.

Rp. Boli albae 1,0
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 10,0
DS. По 8 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,04
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Rad. Valerianae 10,0
Fol. Menthae
Frut. Carvi
Flor. Chamomillae āā 20,0
Fruct. Foeniculi 30,0
MDS. По 2 чайные ложки на стакан кипятка, заварить, процедить и пить по 1 стакану 2 раза в день

При запорах — вазелиновое масло, ревень, фенолфталеин, лакричный порошок. Слабительные иногда чередовать с клизмами (с ромашкой).

МИКСЕДЕМА (MIXOEDEMA). ГИПОТИРЕОЗ (HYPOTHYREOSIS). Микседема образуется в результате недостаточной функции щитовидной железы, уменьшения (гипотиреоз) или полного отсутствия ее гормонов. Симптомы микседемы могут появиться после удаления щитовидной железы и даже неполного ее удаления. Иногда она появляется в период угасания функции половых желез у женщин. Гипотиреоз наблюдается часто при эндемическом зобе. Острые инфекционные болезни, авитаминозы, голодание могут также вести к гипотиреозам и микседеме.

Симптомы и течение. Основной симптом — появление своеобразных отеков на лице, шее, конечностях, иногда и на всем теле. Кожа плотна, суха, шелушится; при надавливании кожи пальцем ямка не образуется. Потоотделение понижается или совсем прекращается. Характерно бледное одутловатое лицо с тупым выражением. Температура тела понижена; больные постоянно жалуются на ощущение холода; волосы сухие, часто выпадают; ногти ломкие. Понижаются все функции: обмен веществ снижен, пульс редкий, сердечные сокращения вялые. Упорные запоры, вялость движений, апатичность, плохое реагирование на различные возбуждения. Микседема — болезнь хроническая, тянется годами.

Профилактика и лечение. Длительные приемы тиреоидина, под влиянием которых болезненные явления заметно уменьшаются, а иногда и совсем исчезают.

Rp. Thyreoidini 0,1
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день

При появлении тахикардии, сердцебиения, потливости, дрожания, резкого похудания, поносов дачу тиреоидина следует временно прекратить или уменьшить его дозу.

МИОЗИТЫ (MYOSITIS) — ВОСПАЛЕНИЕ МЫШЦ. МИАЛЬГИИ (MYALGIA) — боль в мышцах без воспалительных явлений. Вызываются инфекцией или интоксикацией. Большую роль играет охлаждение. Обыкновенно поражаются отдельные группы мышц: шейные, плечевого пояса, поясничные и т. д.

Симптомы и течение. Мышцы набухают, становятся болезненными при давлении; иногда совершенно невозможны движения вследствие сильной боли. При поражении шейных мышц (torticollis) голова больного согнута набок и он не может ее поворачивать. При поражении поясничных мышц, простреле (lumbago), движения в поясничной части позвоночника ограничены. Острое мышечное воспаление большей частью в несколько дней проходит бесследно. Лица, перенесшие миозит, предрасположены к рецидивам этой болезни.

При хронических воспалениях отдельных мышечных групп отмечаются постоянные мышечные боли в пояснице, руках или ногах. Боли иногда уменьшаются, совсем проходят или же вновь обостряются. Хронический миозит может тянуться годами.

Распознавание. Надо отличать от ревматизма, невралгий, спондилита, гинекологических заболеваний (при болях в пояснице у женщин).

Лечение. В остром периоде — большие дозы салициловых препаратов внутрь; растирания раздражающими и болеутоляющими средствами.

Rp. Natrii salicylici 1,0
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 6 раз в день

Rp. Analgini 0,5—1,0
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Pyramidoni 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4 раза в день

Rp. Methylii salicylici 10,0
Chloroformii
Ol. Hyoscyami āā 15,0
MDS. Растирание. Перед употреблением взбалтывать

Rp. Ol. Terebinthinae
Chloroformii āā 10,0
Ol. Hyoscyami 30,0
MDS. Растирание. Перед употреблением взбалтывать

Согревающие компрессы или горчичники, грязевые лепешки, парафин на больные мышцы. Теплые или горячие ванны, светолечение, массаж и др. В хронических случаях — лечение на курортах: соленые, серные или грязевые ванны. При хроническом миозите остерегаться охлаждения.

МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ (MYOCARDIODYSTROPHIA). Нарушения обмена веществ, дистрофические изменения в сердечной мышце. Причины: общее малокровие, переутомление сердца («усталое», «спортивное») и, наоборот, — нетренированность сердца у лиц, долгое время находящихся в постели или ведущих сидячий образ жизни; общее ожирение; различные интоксикации (алкоголь, никотин, хлороформ); авитаминозы, заболевания эндокринных желез (микседема, гипертиреоз) и др.

В начальной стадии болезни наблюдается только функциональное ослабление сердечной мышцы без патологоанатомических изменений. Затем в сердечной мышце развиваются различные дистрофические изменения (белковая и жировая дистрофия), которые впоследствии могут привести к разрастанию соединительной ткани в сердечной мышце (кардиосклероз).

Симптомы и течение. Явления сердечно-сосудистой недостаточности: одышка, появляющаяся при незначительных физических напряжениях (ускоренная ходьба, подъемы по лестнице и пр.); умеренно расширенное сердце; приглушенные тоны; пульс уменьшенного наполнения и напряжения; иногда систолический шум на верхушке сердца; на ногах небольшие отеки.

Распознавание. Определить основное заболевание, вызвавшее изменения со стороны сердца. Наибольшие трудности представляет вопрос, имеются ли только дистрофические изменения в миокарде или в нем уже развивается склеротический процесс.

Профилактика и лечение основного заболевания и сердечной недостаточности (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*). При ожирении и недостаточной подвижности больного — физкультура; при усталом и перенапряженном сердце — постепенная тренировка после определенного отдыха. При функциональных и небольших анатомических изменениях в сердечной мышце направлять в санатории или на курорты (Кисловодск, Мацеста и др.).

МИОКАРДИОПАТИЯ (MYOCARDIOPATHIA). Общее понятие для любой болезни сердечной мышцы: миокардита, миокардиодистрофии, кардиосклероза.

МИОКАРДИТ ОСТРЫЙ. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ (MYOCARDITIS ACUTA). Причины: острые инфекционные заболевания: чаще острый ревматизм и дифтерия; крупозная пневмония, брюшной и сыпной тиф; скарлатина, ангина, грипп и другие инфекции. Воспаление в сердечной мышце большей частью сопровождается дистрофическими и некротическими процессами с последующим разрастанием соединительной ткани, что приводит к кардиосклерозу.

Симптомы и течение. Жалобы на неприятные ощущения и боли в области сердца, сердцебиение, общую слабость. Сердце расширено, тоны глухие (ослабление сердечной мышцы). Пульс учащен, плохого наполнения. Часто появляются одышка, цианоз, а иногда и отеки. Обычно наблюдается повышенная температура. Восстановление функции сердечной мышцы происходит медленно.

Иногда сердце навсегда остается неполноценным (вследствие склеротических изменений в сердечной мышце).

Распознавание. Отличать острый миокардит от других заболеваний сердечной мышцы, главным образом от миокардиодистрофии (наличие острой инфекционной болезни, повышенной температуры и вышеуказанных симптомов).

Лечение. Продолжительный полный покой в постели, абсолютное запрещение вставать (все естественные отправления производятся в постели). Забота о сне больного: при нервном возбуждении — бромиды, валерьяна; при бессоннице — снотворные. При значительной тахикардии — пузырь со льдом на область сердца, при похолодании конечностей — грелки к ногам. Ограничение питья, легкая пища в протертом виде, частые ее приемы (каждые 2—3 часа) и небольшими порциями. Следить за исправным действием кишечника и количеством выделяющейся мочи.

Внутрь кофеин, стрихнин с валерьяной или ландышевыми каплями. В остром периоде не рекомендуется применение сильнодействующих сердечных средств.

Rp. T-rae Strychni 5,0
T-rae Valerianae simplicis 15,0
MDS. По 20 капель 3 раза в день

Rp. T-rae Valerianae simplicis
T-rae Convallariae majalis āā 10,0
MDS. По 20 капель 3 раза в день

При значительной тахикардии — наперстянка в небольших дозах, иногда в сочетании с хинином, а также бромистые препараты.

Rp. Pulv. folii Digitalis 0,05
Chinini hydrochlorici 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Pulv. folii Digitalis 0,05
Camphorae monobromatae 0,15
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

При развитии сердечной недостаточности — то же лечение, как при сердечно-сосудистой недостаточности острой и хронической *(см.)*.

МИОКАРДИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (MYOCARDITIS CHRONICA). Причины: острый миокардит, часто рецидивирующий острый ревматизм, хронические инфекционные болезни (туберкулез и сифилис). При хронических миокардитах в мышце постепенно развиваются склеротические изменения.

Симптомы, течение и лечение см. *Миокардит острый, Миокардиодистрофия, Кардиосклероз, Сердечно-сосудистая недостаточность острая и хроническая.*

МОНОНУКЛЕОЗ ИНФЕКЦИОННЫЙ (БОЛЕЗНЬ ФИЛАТОВА, АНГИНА МОНОЦИТАРНАЯ). Мононуклеоз означает одноядерный. Эта болезнь характеризуется большим количеством в крови одноядерных клеток, главным образом лимфоцитов. Этиология болезни не известна, хотя есть предположение, что возбудителем ее является вирус. Полное описание этой болезни сделал известный русский педиатр Н. Ф. Филатов.

Симптомы. Болезнь начинается остро, с быстрым повышением температуры до 39—40°; больные жалуются на боль при глотании. Ангина является обязательным симптомом этой болезни; часто на миндалинах и зеве появляются язвы. Увеличиваются подчелюстные, шейные и другие лимфатические узлы. Нередко бывает увеличена селезенка. Характерным симптомом является лейкоцитоз с большим количеством лимфоцитов — до 60—80%.

Болезнь протекает 2—3 недели и заканчивается выздоровлением.

Лечение. Полоскание горла риванолом, перекисью водорода, грамицидином, марганцевокислым калием и др.

Rp. Sol. Rivanoli 0,1% 200,0
DS. 20—40 мл на стакан воды для полоскания

Rp. Sol. Hydrogenii peroxydati 3% 200,0
DS. 20—40 мл на стакан воды для полоскания

Rp. Sol. Gramicidini spirituosae 4% 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Развести 1 ампулу в стакане воды для полоскания

Внутрь дают аспирин, пирамидон. При высокой температуре и язвенном процессе в горле применяют антибиотики, сульфаниламиды.

НЕКРОНЕФРОЗ. СУЛЕМОВАЯ ПОЧКА (NECRONEPHROSIS). Значительные дистрофические изменения в почках с некрозом почечных канальцев. Развивается чаще при различных тяжелых отравлениях ртутными препаратами, крепкими кислотами, новарсенолом и другими ядами. Типичная картина некронефроза наблюдается при отравлении сулемой.

Симптомы и течение. Обычно наряду с другими симптомами отравления развиваются явления острого поражения почек: уменьшается количество мочи, в ней появляется белок, цилиндры, небольшое количество эритроцитов и лейкоцитов. В тяжелых случаях через 2—3 дня развивается анурия, повышается артериальное давление, наступает азотемическая уремия.

Лечение. Применяются средства, указанные в таблице первой помощи при отравлениях ртутью, кислотами и другими ядами. При отравлении сулемой в тяжелых случаях применяется хирургическое вмешательство (декапсуляция почек), новокаиновая околопочечная блокада. Явления со стороны почек и уремия лечатся обычными методами (см. *Нефриты острый и хронический*).

НЕСАХАРНОЕ МОЧЕИЗНУРЕНИЕ см. *Диабет несахарный.*

НЕФРИТ ОСТРЫЙ (NEPHRITIS ACUTA). Причина — инфекционные болезни: чаще скарлатина и ангина, дифтерия, корь, сепсис, брюшной тиф и др. Возбудитель — главным образом стрептококк. Предрасполагающая причина — охлаждение.

Острый нефрит следует рассматривать как аллергическую реакцию организма на болезнетворное начало.

При остром разлитом нефрите в первую очередь поражается сосудистая сеть клубочков, а также в большей или меньшей степени и капилляры всего организма.

Симптомы и течение. Характерны три основных симптома: гематурия (кровавая моча), отеки и гипертония (повышенное артериальное давление). Выделение мочи значительно уменьшается, в тяжелых случаях может совершенно прекратиться (анурия). Кроме эритроцитов, в моче обнаруживается белок (2—4‰, а иногда и больше). В некоторых случаях острый нефрит протекает со значительными нефротическими (см. *Нефроз*) симптомами: значительные отеки, в моче большое количество белка — до 10—15‰, много эпителиальных, зернистых, восковидных цилиндров.

У больных наблюдается общая слабость, плохой аппетит, головные боли, иногда тошнота и рвота; нередко наблюдается эклампсия (эклamптическая, судорожная уремия), которая сопровождается преимущественно мозговыми симптомами вследствие спазма мозговых сосудов (ангиоспазм) и отека мозга: резкая головная боль, тошнота, рвота и судороги, похожие на приступы эпилепсии, затемнение сознания и затем полная его потеря; зрачки расширены, изо рта выделяется пена. Отдельные приступы эклампсии большей частью заканчиваются благополучно. Ангиоспазмы образуются также в сосудах глазного дна (ангиоспастический нейроретинит), что ведет к ослаблению зрения. При значительном уменьшении количества мочи, особенно при анурии, может наступить и истинная азотемическая уремия (см. *Нефрит хронический*). Острый нефрит — тяжелое заболевание, продолжающееся 1—2 месяца, а иногда и больше; может перейти в хронический нефрит.

Лечение. Постельное содержание. Диета: ограничение количества воды, поваренной соли и белков; молочно-растительная пища, всевозмож-

ные каши, хлеб, сливки, сливочное масло, фрукты и овощи. В тяжелых случаях назначают сахарные дни (дается только 150—200 г сахара в сутки) в течение 1—2—3 дней. Назначают также фруктовые и молочные дни. При явлениях эклампсии делают кровопускание, спинномозговую пункцию.

Внутривенно или внутримышечно вводят серНокислую магнезию, внутривенно глюкозу.

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл внутримышечно или внутривенно

По исчезновении острых явлений дают в небольшом количестве вареное мясо или рыбу и прибавляют в пищу немного соли. При отеках — горячие водяные или суховоздушные ванны. Из лекарств: не раздражающие почек мочегонные (кофеин, диуретин). При ослаблении деятельности сердца — наперстянка (Digitalis), горицвет (Adonis), строфант.

НЕФРИТ ОЧАГОВЫЙ (NEPHRITIS INSULARIS). Вызывается инфекцией; обычно является осложнением других, главным образом септических, заболеваний (гнойное воспаление миндалин, полостей носа, червеобразного отростка слепой кишки, септический эндокардит и др.). Бактерии с током крови попадают в почки и вызывают ограниченные участки (очаги) воспаления.

Симптомы и течение. Симптомы наблюдаются только со стороны мочи: белок (в небольшом количестве) и гематурия, иногда боли в области почек. Функция почек не нарушена, гипертонии и отеков не бывает. Течение болезни зависит от основного заболевания.

Профилактика. Лечение основного заболевания. Диета см. *Нефрит острый.*

НЕФРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (NEPHRITIS CHRONICA). Острый нефрит может перейти в хронический при наличии в организме инфекционных очагов, недостаточном лечении острого нефрита и неблагоприятных трудовых и бытовых условиях. Гипертрофия сердца, развивающаяся на почве гипертонии, ведет к постепенному перерождению сердца и ослаблению сердечной мышцы. Почечная ткань постепенно атрофируется, почка сморщивается (вторично сморщенная почка), способность ее выводить продукты белкового обмена (азотистых веществ) все уменьшается, начинает развиваться уремия (истинная азотемическая).

Симптомы и течение. Белок и кровь в моче в небольшом количестве (микрогематурия), моча с низким удельным весом. Отеки небольшие или совсем отсутствуют. Развивается малокровие, общая слабость, быстрая утомляемость, появляются головокружения и головные боли. Вследствие спазма сосудов глазного дна (ангиоспатический нейроретинит) ослабевает зрение, а впоследствии может наступить слепота. Основной симптом — гипертония, ведущая к гипертрофии сердца. При азотемической уремии: головная боль, тошнота, слабость, апатия, сонливость; затем появляются рвота, поносы, судороги; дыхание, рвотные массы и испражнения пахнут мочой; характерно сужение зрачков. Если явления уремии нарастают, то больные впадают в коматозное состояние (уремическая кома). Больные гибнут от уремии или от ослабления сердечной мышцы.

Лечение. Молочно-растительная диета; запрещаются спиртные напитки. Мясо и рыба только в вареном виде и в небольшом количестве. При низком удельном весе мочи нельзя ограничивать питье (для выведения продуктов обмена).

При самых начальных признаках уремии уложить больного в постель; совершенно не давать мясные продукты и яйца; ограничить продукты, богатые белками (творог, сыр, бобы, горох, фасоль, чечевица, грибы), а при явлениях ясно выраженной уремии запретить и эти продукты,

назначив почти исключительно углеводистую пищу (сахар, глюкоза). При рвоте — глотание кусочков льда. При резких головных болях — лед на голову, к рукам и ногам грелки или горчичники. Во время судорог — хлоралгидрат (по 1 г 2 раза в день в молоке) или впрыскивание морфина или пантопона.

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Во время бессознательного состояния (при уремической коме) — хлоралгидрат в клизмах.

Rp. Chlorali hydrati 2,0
Mucilaginis Salep
Aq. destill. āā 25,0
MDS. Для клизмы

Кровопускание (от 200 до 600 мл) с последующим введением глюкозы под кожу или внутривенно. Горячие водяные и суховоздушные ванны, чтобы вызвать потоотделение, выводящее продукты белкового распада (азотистые вещества).

НЕФРОАНГИОСКЛЕРОЗ (NEPHROANGLIOSCLEROSIS). НЕФРОСКЛЕРОЗ. СКЛЕРОЗ АРТЕРИОЛ (МЕЛКИХ АРТЕРИЙ) ПОЧЕК (ПЕРВИЧНО СМОРЩЕННАЯ ПОЧКА). Нефроангиосклероз является конечной (третьей) стадией гипертонической болезни *(см.)*. Причиной нефроангиосклероза является гипертоническая болезнь.

Симптомы и течение. Основной симптом — гипертония (повышенное артериальное давление) и последующая гипертрофия сердца (расширение сердечной тупости влево, акцент на втором тоне аорты).

В далеко зашедших случаях наступают явления недостаточности почек. Почки теряют способность к концентрации; в организме накапливаются продукты обмена, что в конце концов ведет к уремическому состоянию (см. *Нефрит хронический*). Нефроангиосклероз часто развивается очень медленно; больные живут годами, пока не наступают явления почечной недостаточности, которые нарастают тоже очень медленно. В некоторых случаях (что чаще бывает у молодых людей) так называемого злокачественного нефроангиосклероза (злокачественной формы гипертонической болезни) болезнь прогрессирует чрезвычайно быстро, остро нарастают явления почечной недостаточности, и больные в течение 1—2 лет погибают от уремии или от сердечной недостаточности.

Распознавание. Нужно отличать от гипертонической болезни без почечных явлений и от хронического нефрита.

Профилактика и лечение см. *Гипертоническая болезнь, Атеросклероз, Нефрит хронический.*

НЕФРОЗ (NEPHROSIS). Нефрозами называются дистрофические изменения в почках, при которых наблюдается перерождение почечных канальцев. К острым нефрозам относятся: лихорадочный нефроз и некронефроз *(см.)*. К хроническим нефрозам относятся липоидный и липоидно-амилоидный нефрозы *(см.)*.

Лихорадочный нефроз наблюдается при многих инфекционных заболеваниях: тифах, крупозном воспалении легких, дифтерии и др.

Он обнаруживается только при исследовании мочи, так как отеков, повышения артериального давления и других симптомов почечного заболевания не наблюдается. В моче обнаруживают белок, почечный эпителий

и цилиндры. Лихорадочный нефроз или лихорадочная альбуминурия обычно проходят вместе с лихорадочным состоянием без особого лечения.

НЕФРОЗ ЛИПОИДНО-АМИЛОИДНЫЙ. Этот нефроз является сочетанием липоидного перерождения почек с отложением амилоида в почках и других органах.

Причиной являются продолжительные нагноительные процессы в костях (туберкулез костей и суставов), легких (хронический кавернозный туберкулез легких, бронхоэктазии, хронический абсцесс легких), в придаточных полостях носа и т. д.

Симптомы и течение. В начале болезни отмечается только небольшая альбуминурия. Затем в основном появляются те же симптомы, что и при липоидном нефрозе *(см.)*. Впоследствии может наблюдаться амилоидоз печени, селезенки, кишечника (увеличение печени, селезенки, упорные поносы).

Распознавание. Наиболее трудно отличить от чистого липоидного нефроза, тем более что последний обычно сочетается с амилоидозом. Наличие амилоидоза в других органах указывает на липоидно-амилоидный нефроз.

Лечение см. *Нефроз липоидный.*

НЕФРОЗ ЛИПОИДНЫЙ (NEPHROSIS LIPOIDEA). Причиной бывают хронические гнойные заболевания, сифилис, малярия, кавернозный туберкулез легких и др. В чистом виде липоидный нефроз встречается редко, обычно — в сочетании с амилоидным (см. *Нефроз липоидно-амилоидный).*

Симптомы и течение. Значительные отеки всего тела, отеки полостей (асцит, гидроторакс). Кожа бледная, сухая, блестящая. В моче много белка (20—40‰ и больше), в осадке находится много лейкоцитов, клеток почечного эпителия и различных цилиндров: эпителиальных, зернистых, гиалиновых, иногда и восковидных (см. *Лабораторные исследования).* Больные жалуются только на значительные отеки, которые их стесняют и беспокоят. Никаких болей и неприятных ощущений обычно не наблюдается.

Больные погибают от каких-либо осложнений, от присоединившихся инфекционных заболеваний или недостаточности почек.

Профилактика и лечение направлены против основного заболевания (удаление гнойных очагов, лечение сифилиса, малярии). Постельный режим. Тщательный уход, особенно за кожей, чтобы предупредить образование пролежней. Основной метод лечения — диета: ограничение жидкости, пища бессолевая, но богатая белком. Меркузал; тиреоидин (см. *Микседема*).

Rp. Mercusali 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в 3—6 дней

Для усиленного потоотделения применяют горячие водяные и суховоздушные ванны. Лечение в сухом, теплом климате (Ашхабад, Байрам-Али).

НЕФРОПТОЗ см. *Почка опущенная.*

ОБМОРОК см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая* и *Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях.*

ОЖИРЕНИЕ (ADIPOSITAS). Причины: потребление чрезмерного количества пищи, особенно высококалорийной; сидячий образ жизни; отсутствие физического труда; нарушение жирового обмена, уменьшение процессов сгорания в тканях (пониженный обмен веществ).

В понижении обмена веществ большую роль играет нарушение функций некоторых желез внутренней секреции (половых, щитовидной и особенно мозгового придатка). Наиболее часто ожирение, особенно у женщин, происходит от понижения или прекращения функции половых желез

(климакс); резко выражено ожирение при нарушении функции гипофиза. Различные формы эндокринного ожирения возникают также вследствие нарушения центральной нервной системы, регулирующей также и функции эндокринных желез. Иногда наблюдается сочетание обильного потребления пищи с нарушением жирового обмена.

Симптомы и течение. Значительные отложения жира в подкожной клетчатке, а также в брюшной полости (в сальнике), в сердечной мышце, около почек и т. д. Отсюда и различные симптомы со стороны внутренних органов и в первую очередь явления сердечной недостаточности: одышка, расширение сердца, глухие тоны; запоры, геморрой; быстрая утомляемость; понижение полового чувства. Ожирение — болезнь хроническая, все явления нарастают постепенно.

Профилактика и лечение. Запрещается употребление спиртных напитков. Ограничивается введение всех видов жидкости. Пища должна быть малокалорийная, богатая растительной клетчаткой; значительное ограничение жиров, а затем и углеводов (сладкие и мучнистые блюда). Необходимы прогулки, физический труд, занятия спортом при условии соответствующей их дозировки, водные процедуры (купание, души, обтирания). Не допускать запоров. При сердечной недостаточности принимать соответствующие меры (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая).*

При ожирении, вызванном понижением функции щитовидной железы, назначают тиреоидин, при понижении функции половых желез — фолликулин, синэстрол, октэстрол и др.

Rp. Thyreoidini 0,05—0,1
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Folliculini oleosae 1,0 (a 5000 ED)
D. t. d. N. 20
S. По 1 мл под кожу ежедневно

Rp. Octestroli 0,001
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

ОПУЩЕНИЕ ЖЕЛУДКА см. *Гастроптоз.*

ОПУЩЕНИЕ ПОЧКИ см. *Почка опущенная.*

ОТЕК ЛЕГКИХ (OEDEMA PULMONUM). При значительном ослаблении сердечной мышцы, особенно левого желудочка, в полости легочных альвеол начинает пропотевать отечная жидкость (транссудат). Отек начинается с нижних отделов обоих легких. Слизистая оболочка бронхов тоже отекает (набухает).

Симптомы и течение. Сильная одышка, затрудненное, громкое, клокочущее дыхание, цианоз, похолодание конечностей. С кашлем выделяется жидкая, пенистая, серозно-кровянистая мокрота. Небольшое притупление перкуторного звука, сначала только в нижних отделах легких. При аускультации — обильное количество разнокалиберных влажных и сухих хрипов. Пульс частый, малого наполнения, иногда аритмичный. Тоны сердца глухие, часто их совсем не удается прослушать из-за шумного дыхания и хрипов.

Лечение. Приподнятое удобное положение больного, свежий воздух, полный покой. Банки, горчичники, к ногам грелки, кровопускание (300—600 мл), вдыхание кислорода, внутримышечно меркузал, камфара, кофеин, стрихнин, адреналин, наперстянка и ее производные. Внутривенно глюкоза со строфантином (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*).

Как мера первой помощи хорошее действие оказывает перетяжка рук и ног. На руки и ноги накладываются резиновые жгуты так, чтобы сдавить только вены, что проверяется по пульсу (пульс на лучевой и на тыльной артерии стопы не должен исчезать). Происходит застой венозной крови

в конечностях благодаря отвлечению крови от внутренних органов, в том числе и от легких. Через 30—45 минут постепенно, поочередно освобождают конечности от жгутов.

Профилактика. Тщательный уход и наблюдение за сердечными больными, преимущественно с левожелудочковой недостаточностью: ограничение питья, легкая необременительная пища небольшими порциями и частыми приемами, регулярное действие кишечника и т. д. Своевременное применение лечебных средств, облегчающих и укрепляющих деятельность сердца. Наблюдение за сердечной деятельностью больных с острыми инфекционными заболеваниями (тифы, крупозное воспаление легких и др.) и энергичное применение сердечных и других средств, так как при этих болезнях иногда развивается острый отек легких.

ОТЕКИ БЕЗБЕЛКОВЫЕ. ОТЕКИ ГОЛОДНЫЕ. ОТЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ см. *Алиментарная дистрофия.*

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ. Внезапно наступающие учащения сердечных сокращений (тахикардия), протекающие приступами (пароксизмами).

Причинами являются различные функциональные нарушения и органические заболевания сердца: митральный порок сердца, кардиосклероз, инфаркт миокарда. Приступы могут возникать и рефлекторно при здоровом сердце, вследствие раздражений, идущих с других органов, например при заболеваниях желчного пузыря, кишечника и др.

Симптомы и течение. Основной симптом — резкое учащение пульса — до 150—200 ударов в минуту и даже больше. Сердцебиение и чувство стеснения в груди, общая слабость, головокружение, вплоть до обмороков. Пульсация всего сердца и шейных вен.

Приступы длятся несколько минут или часов; редко несколько дней и даже недель. Приступы возникают внезапно и так же внезапно прекращаются.

Профилактика и лечение. Приступ часто можно прекратить рефлекторным раздражением блуждающего нерва путем сильного одновременного давления на оба глазных яблока. Придавливая с одной стороны сонную артерию к позвонку на уровне верхнего края щитовидного хряща в течение 10 секунд, тоже можно купировать приступ. Рвотные движения иногда прекращают приступ. Из лекарств применяют хинидин, хинин, наперстянку, строфантин.

Rp. Chinidini sulfurici 0,2
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—5 раз в день

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,05
Chinini hydrochlorici 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6 in oblatis
S. По 1 облатке 3 раза в день

Rp. Sol. Strophanthini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,25—0,5 мл в вену; развести в 20 мл 40% стерильного раствора глюкозы; вводить медленно

ПЕЛЛАГРА (PELLAGRA). Причиной болезни является отсутствие или недостаток в пище никотиновой кислоты (противопеллагрозного витамина PP). Иногда болезнь развивается, когда клетки организма теряют способность усваивать необходимый для них витамин.

Симптомы и течение. Характерны три основных симптома: дерматит (воспаление кожи), диарея (поносы) и деменция (слабоумие). Весной от солнечных лучей кожа на открытых частях тела, лице, шее, тыльной стороне рук, а иногда и ступнях ног становится красной, как бы обожженной, болезненной, появляется зуд. Впоследствии кожа шелушится, трескается, становится шершавой, коричневой вследствие отложения пигмента; на руки как будто надеты перчатки («пеллагрозные

перчатки»). Затем появляются поносы и иногда развивается слабоумие. Больные ощущают жжение во рту, теряют аппетит. Постепенно нарастает общая слабость и истощение организма. Пеллагра протекает хронически, иногда в течение нескольких лет. В легких случаях наступает полное излечение, в тяжелых — больные гибнут от резкого истощения.

Профилактика и лечение. Никотиновая кислота, которая в некоторых случаях совершенно излечивает пеллагру. Никотиновую кислоту дают в чистом виде, в порошках и в виде внутривенных вливаний.

Rp. Acidi nicotinici 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Acidi nicotinici 1% 10,0
Sterilisetur!
DS. Ежедневно по 5—10 мл внутривенно или внутримышечно

Пищу нужно давать богатую витамином РР и полноценными белками (молоко, яйца, пивные и пекарские дрожжи, печень, почки, мясо и рыба, яблоки, помидоры, капуста, морковь, картофель, грибы).

ПЕРИКАРДИТ. ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОСЕРДЕЧНОЙ СУМКИ (PERICARDITIS). Почти всегда вызывается инфекцией, чаще ревматической или туберкулезной, реже наблюдается при скарлатине, тифах и других инфекционных заболеваниях. Иногда причиной воспаления являются процессы в легких или сердце (например, при инфаркте миокарда), иногда поражение перикарда при уремии. Перикардит бывает сухой, или фибринозный, и выпотной, или экссудативный, который в свою очередь может быть серозным или гнойным.

Симптомы и течение. При остром перикардите температура повышена; высота и характер ее зависят от основного заболевания; при туберкулезном, особенно септическом, перикардите температура ремиттирующая (послабляющая). При сухом перикардите — боль в сердце, выслушивается шум трения перикарда. Экссудативный перикардит сопровождается стеснением в груди и удушьем; сердечный толчок исчезает; тоны сердца становятся глухими, пульс частым и слабым; при перкуссии сердечная тупость увеличена во всех направлениях. Вследствие сдавления сердца экссудатом могут развиться явления сердечной недостаточности (одышка, цианоз, отеки). От нарастающей сердечной недостаточности больной может погибнуть. Иногда в результате перикардита наступает сращение листков перикарда, вследствие чего работа сердца затрудняется и постепенно развиваются симптомы сердечной недостаточности.

Распознавание. Сухой перикардит иногда приходится отличать от сухого плеврита (см. *Плеврит сухой*). Экссудативный перикардит можно смешать с заболеваниями сердца, при которых наблюдается значительное увеличение его размеров (пороки сердца, кардиосклероз).

Лечение. Абсолютный покой, постельный режим. При болях — лед на сердце, наркотические средства (кодеин, дионин, морфин) или успокаивающие (бромиды, люминал). При ревматическом перикардите — салициловокислый натрий, аспирин, пирамидон. При туберкулезном перикардите — соответствующие режим и лечение. При экссудативном перикардите ограничивают питье и дают мочегонные (меркузал, диуретин). Когда экссудат вызывает значительную недостаточность сердца, приходится делать прокол перикарда и выпускать жидкость (операцию может производить только врач). При сердечной недостаточности применяются камфара, кофеин, стрихнин (см. *Плеврит и Сердечно-сосудистая недостаточность*).

ПЕРНИЦИОЗНАЯ АНЕМИЯ см. *Анемия злокачественная.*

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОЛИКА см. *Желчнокаменная болезнь.*

ПИЕЛИТ. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ (PYELITIS). Причина — инфекция, которая может проникнуть нисходящим путем через почки (кишечная палочка, брюшнотифозная и

гриппозная инфекции, гноеродные бактерии и др.) и восходящим — через мочевые пути (гонорейная инфекция). Почечные камни также могут вызвать воспаление лоханок.

Симптомы и течение. Острый пиелит сопровождается повышенной температурой (при гнойном пиелите температура доходит до 40°). Боль в области почек (в пояснице), часто отдающая в пах или половые органы. Положительный симптом Пастернацкого. Моча мутная, содержит большое количество лейкоцитов. Острые пиелиты, возникшие при инфекционных болезнях, длятся несколько недель и проходят бесследно. Острые пиелиты при недостаточном лечении, а также при отсутствии мер борьбы с вызвавшими их причинами часто переходят в хронические. Пиелиты, вызванные почечными камнями или гонорейной инфекцией, протекают хронически, если не проводится соответствующее лечение.

Распознавание. Нужно отличать от почечнокаменной болезни, воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря.

Лечение. Постельный режим, обильное питье. Пища молочно-растительная. При болях — грелки, согревающие компрессы, теплые ванны. Лучшим средством при остром пиелите, особенно гноеродной этиологии, в том числе и гонококковой, являются антибиотики (см. *Абсцесс легких*) и сульфаниламидные препараты. Применяют также некоторые дезинфицирующие средства (салол, уротропин по 0,5 г 3 раза в день) вместе с минеральными щелочными водами (боржом, ессентуки).

Rp. Saloli 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Уротропин лучше применять внутривенно.

Rp. Sol. Urotropini 40% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл внутривенно 1 раз в день

Назначают отвар медвежьего ушка (мочегонное средство) внутрь.

Rp. Decocti foliorum Uvae Ursi 10,0—200,0
DS. Через 2 часа по 1 столовой ложке

Если пиелит вызван гонореей или почечным камнем, нужно лечить эти заболевания. Иногда при хронических пиелитах путем катетеризации мочеточников промывают почечные лоханки разными дезинфицирующими растворами.

Rp. Argenti nitrici 0,1
Aq. destill. 100,0
Sterilisetur!
MDS. 5—10 мл вводить через катетер в почечную лоханку

ПИОПНЕВМОТОРАКС см. *Пневмоторакс*.

ПИЩЕВОДА ВОСПАЛЕНИЕ (OESOPHAGITIS). Причина — ожоги горячей пищей, спиртом, отравление крепкими кислотами и щелочами, повреждения пищевода инородными телами (рыбья кость и др.).

Симптомы и течение. Боль за грудиной, обильное слюнотечение, затруднение глотания. В остром периоде больные иногда совершенно не могут принимать пищи, даже жидкой. В таких случаях наблюдается срыгивание пищи, выделение слизи с гноем и даже кровью. Воспаление может пройти бесследно, но при значительных ожогах наблюдается

гнойное воспаление с последующим омертвением ткани. Заживление происходит путем рубцевания, которое может вызвать стойкое сужение или даже полное заращение пищевода.

Лечение. При отравлениях кислотами и щелочами необходимо как можно скорее провести обильное промывание желудка водой. Затем дают пить слабый раствор кислоты, если произошло отравление щелочами, и жженую магнезию, смешанную с водой, при отравлениях кислотами.

Rp. Sol. Acidi acetici 1% 200,0
DS. Принимать внутрь через 5 минут по 1 столовой ложке

Rp. Acidi citrici 1,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Принимать внутрь через 5 минут по 1 столовой ложке

Rp. Magnesiae ustae 30,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Принимать внутрь через 5 минут по 1 столовой ложке. Перед употреблением взбалтывать

Покойное положение больного. На грудь — пузырь со льдом, глотание кусочков льда, мороженое, холодные (со льда) сливки или молоко. Внутрь масляные эмульсии.

Rp. Emuls. Amygdalarum dulcium 200,0
DS. Через 2 часа по 1 столовой ложке

При невозможности принимать даже жидкую пищу — подкожные вливания физиологического раствора, рингеровского раствора или раствора глюкозы (изотонического). Эти же растворы в больших количествах можно вводить при помощи капельных клизм.

Rp. Sol. Glucosi 5% 500,0
Sterilisetur!
DS. Для подкожного вливания

Rp. Natrii chlorati 9,0
Kalii chlorati
Calcii chlorati
Natrii bicarbonici āā 0,2
Aq. destill. 1000,0
Sterilisetur!
MDS. Рингеровский раствор для подкожного вливания

Диета. После исчезновения острых явлений — слизистые и масляниистые продукты в тепловатом виде, рисовые и овсяные отвары со сливочным маслом, жидкие яйца, каши с маслом и молоком, желе, кисели. Рубцовые сужения лечат бужированием.

При полной непроходимости пищевода — операция.

ПИЩЕВОДА СУЖЕНИЕ (STENOSIS OESOPHAGI). Сужения пищевода могут быть временные — от спазмов и постоянные органические — рубцы после воспаления (см. *Пищевода воспаление*), раковая опухоль (см. *Рак, Хирургические болезни*); сужение пищевода может быть от сдавления окружающими органами и тканями: опухолью средостения, аневризмой аорты и пр. Течение и лечение см. *указанные заболевания.*

ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ см. *Гастрит острый, Гастроэнтероколит, Инфекционные болезни* и *Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях.*

ПЛЕВРИТ ВЫПОТНОЙ, ЭКСУДАТИВНЫЙ, СЕРОЗНЫЙ (PLEURITIS EXSUDATIVA SEROSA). При экссудативном (выпотном) плеврите в полости плевры обычно накапливается серозный эксудат — прозрачная жидкость светло-желтого или желто-зеленоватого цвета. Наиболее часто эксудативные плевриты бывают туберкулезного происхождения, затем они наблюдаются при остром ревматизме и воспалении легких.

Симптомы и течение. Боли в грудной клетке при вдохе и кашле, повышение температуры, общая слабость, потеря аппетита. Больной лежит обычно на больном боку. Температура постепенно повышается и может дойти до 39—40°. При больших эксудатах значительная одышка. При осмотре отмечается выпячивание больной стороны грудной клетки и отставание ее при дыхании. Голосовое дрожание ослаблено или отсутствует. Тупой перкуторный звук, первоначально появляющийся в нижних частях полости плевры. При выслушивании в начале болезни шум трения плевры, а по мере накопления жидкости — ослабленное дыхание или его отсутствие. Эксудатом сердце смещается в здоровую сторону. Ревматические и послепневмонические плевриты могут закончиться в 1—2 недели, туберкулезные — в среднем протекают 4—6 недель.

Распознавание. В начале болезни легче всего смешать эксудативный плеврит с крупозным воспалением легких, затем с очаговой пневмонией, гидротораксом; с целью распознавания, а также определения состава жидкости делают пробный прокол 10—20-граммовым шприцем, вводят иглу в шестое-восьмое межреберье по задней подмышечной или лопаточной линии на месте тупости.

Лечение. Постельный режим, согревающие компрессы, банки, горчичники. Внутрь — салициловокислый натрий (по 1 г 3—6 раз в день), аспирин (по 1 г 4 раза в день), пирамидон (по 0,5 г 4 раза в день), хлористый кальций. В период рассасывания для повышения диуреза назначают диуретин (по 0,5 г 3 раза в день).

При туберкулезных, особенно геморрагических, эксудатах — ПАСК, фтивазид, стрептомицин (см. *Туберкулез легких).*

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 10 мл внутривенно один раз в день

При одышке, кашле и болях — кодеин, дионин.

Rp. Codeini phosphorici 0,02
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

При ослаблении сердечной деятельности — камфара, кофеин. В период выздоровления больные должны находиться в постели даже при нормальной температуре, пока в полости плевры находится жидкость. Имея в виду туберкулезную этиологию подавляющего большинства серозных плевритов, нужно проводить общеукрепляющее лечение: усиленное питание, свежий воздух и пр. После больничного лечения полезно направлять больных для дальнейшего лечения в санаторий.

Если рассасывание жидкости задерживается или большой эксудат вызывает одышку и затрудняет работу сердца, его выпускают. Выпускать жидкость следует медленно и сразу не более 0,8—1 л.

ПЛЕВРИТ ГНОЙНЫЙ. ЭМПИЕМА (PLEURITIS PURULENTA EMPYEMA). Возбудители — стрептококк, стафилококк и пневмококк, туберкулезная палочка. Эмпиема возникает при ранении грудной клетки,

абсцессе и гангрене легкого, при пневмонии, при поражениях соседних органов (диафрагма, средостение и т. д.), а также гуморальным путем (сепсис и др.).

Симптомы и течение. Острый гнойный плеврит протекает с высокой ремитирующей или гектической температурой, ознобами и потами. Общая слабость, потеря аппетита, нарастающая анемия и похудание, нейтрофильный лейкоцитоз. При пробном проколе плевры — гнойная жидкость. При физических методах исследования — те же данные, что и при экссудативном плеврите. Если эмпиема своевременно не вскрыта, то гной может прорваться через бронх в полость брюшины и т. д. Туберкулезные гнойные плевриты протекают с субфебрильной, а иногда и нормальной температурой без резких явлений интоксикации; течение длительное.

Распознавание см. *Плеврит выпотной.*

Лечение. При остром гнойном нетуберкулезном плеврите — резекция ребра и выпускание гноя с последующим дренированием полости плевры. В последнее время вслед за откачиванием гноя (без резекции ребра) производится промывание полости плевры раствором пенициллина или грамицидина. При туберкулезных эмпиемах производят постепенное откачивание гноя без резекции ребра. Затем проводят соответствующее лечение (см. *Туберкулез легких*).

При болях в груди, кашле, одышке, ослаблении сердечной деятельности — лечение, как при выпотном плеврите.

ПЛЕВРИТ СУХОЙ (PLEURITIS SICCA). Чаще туберкулезного происхождения. Крупозное воспаление, абсцессы и другие заболевания легких часто поражают и прилежащую плевру.

Симптомы и течение. Боли в грудной клетке при дыхании и кашле, сухой кашель, повышение температуры. При перкуссии легких нет изменений; при выслушивании — шум трения плевры. Сухой плеврит протекает от нескольких дней до 2—3 недель, иногда тянется месяцами.

Лечение. Постельный режим, согревающие компрессы, банки, горчичники. Внутрь — салициловокислый натрий, аспирин, пирамидон. При болях и кашле — наркотические (дионин, текодин) (см. *Плеврит выпотной*). При плевритах туберкулезного происхождения — соответствующее лечение (см. *Туберкулез легких*).

ПЛЕВРОПНЕВМОНИЯ см. *Пневмония крупозная.*

ПНЕВМОКОНИОЗ (PNEUMOCONIOSIS). Пневмокониоз — болезнь легких, вызываемая проникновением в легочную ткань пылевых частичек. Имеет значение вдыхание неорганической пыли: угольной (антракоз), кремниевой (силикоз), металлической (сидероз) и др. Наиболее распространенным видом пневмокониоза является силикоз, тем более что и угольная пыль содержит кварцевые частицы (силиций). При значительном количестве пыли в бронхах и альвеолах часть ее, проникая в соединительную ткань, окружающую бронхи, альвеолы и в лимфатические узлы, вызывает в них воспалительные процессы с последующим разрастанием соединительной ткани (пневмосклероз). Пыль является также причиной возникновения хронических бронхитов.

Симптомы и течение. Одышка, кашель сухой или влажный, мокрота, иногда с кровью; легкие эмфизематозно расширены, при перкуссии дают коробочный звук, дыхание ослабленное, жесткое, даже с бронхиальным оттенком.

Болезнь хроническая, начинается с едва заметных признаков и развивается в течение нескольких лет. Пневмокониоз приводит к хроническому бронхиту, эмфиземе легких, бронхоэктазам, пневмосклерозу и сердечной недостаточности (легочное сердце).

Распознавание на основании профессионального анамнеза. Необходимо дифференцировать от туберкулеза (отсутствие туберкулезных палочек, данные рентгенограммы). Иногда пневмония сочетается с туберкулезом легких.

Лечение. Чистый воздух, хорошее питание, достаточный отдых. Если болезнь ухудшается, следует переменить профессию. Лечение такое же, как развившегося хронического бронхита, эмфиземы, пневмосклероза, сердечной недостаточности (см. указанные болезни).

Профилактика. Улучшение условий труда и быта. Хорошая вентиляция на производстве; защита различными приспособлениями (респираторами) дыхательных путей от проникновения пыли: пылеулавливание, мокрое бурение, медицинские осмотры рабочих каждые три месяца.

ПНЕВМОНИЯ КРУПОЗНАЯ (PNEUMONIA CROUPOSA). КРУПОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ. ПЛЕВРОПНЕВМОНИЯ (PLEUROPNEUMONIA). Возбудитель — пневмококк (диплококк Френкеля); изредка — диплобациллы Фридлендера и другие бактерии. Инфекция проникает в легкие преимущественно через дыхательные пути. Часто крупозная пневмония возникает непосредственно после резкого охлаждения или промокания, что является предрасполагающей причиной, понижающей сопротивляемость организма, вследствие чего бактерии, постоянно обитающие в легочных путях, проникают в легочную ткань и вызывают заболевание.

Симптомы и течение. Болезнь начинается остро, сильным ознобом и быстрым повышением температуры до 39—40°. В течение 5—9, чаще 7 дней держится постоянная температура, которая критически (реже литически) падает до нормы. С первого же дня наступают явления общей интоксикации: общая слабость, разбитость, потеря аппетита, головная боль. Первыми признаками является сухой кашель, боль при дыхании и кашле, учащенное дыхание. Лицо красное (гиперемировано), на губах и крыльях носа пузырьковое высыпание, язык обложен, сознание часто затемнено, бред. Ноздри при дыхании раздуваются. Через несколько дней появляется мокрота ржавого цвета. Перкуссия дает тупой или притупленный звук (поражена целая доля легкого). При аускультации — бронхиальное дыхание, крепитация и мелкопузырчатые хрипы. Размеры сердца несколько увеличены, тоны глухие, артериальное давление понижено, пульс учащен (до 120 и больше ударов в минуту), иногда недостаточного наполнения. При упадке сердечной деятельности наблюдаются явления венозного застоя: посинение губ, пальцев рук и ног. В тяжелых случаях может наступить острая сосудистая недостаточность — коллапс, во время которого больные могут погибнуть. В крови отмечается значительный лейкоцитоз за счет увеличения нейтрофилов, в разгар болезни — отсутствие эозинофилов.

Распознавание. Надо отличать от очаговой пневмонии, туберкулеза и эксудативного плеврита.

Лечение. Специфическими средствами являются сульфаниламидные препараты (норсульфазол, сульфазин, сульфодимезин и др.) и антибиотики, которые снижают температуру и снимают интоксикацию значительно раньше — через 2—3—4 дня.

Rp. Norsulfazoli 1,0
D. t. d. N. 24
S. На курс лечения

Примерная схема лечения

1-е	сутки	через	4	часа	по	1 г	(первый прием 2 г),	всего 7 г
2-е	"	"	4	"	"	1 "		" 6 "
3-и	"	"	6	"	"	1 "		" 4 "
4-е	"	"	6	"	"	1 "		" 4 "
5-е	"	"	8	"	"	1 "		" 3 "
							Всего. . . .	24 г

Сульфодимезин дают в течение 3 суток по 1 г через 6 часов, а затем по 0,5 г 2—3 раза в день до полного выздоровления.

Каждый порошок сульфаниламидиых препаратов нужно обязательно запивать большим количеством щелочной жидкости (один или полстакана боржома или содового раствора — чайную ложку двууглекислой соды на стакан воды).

Сульфаниламиды могут вызывать интоксикацию: потерю аппетита, тошноту, рвоту, головные боли и др. Иногда развивается лейкопения, вплоть до агранулоцитоза *(см.)*, дизурические явления, происходит уменьшение выделения мочи. При заметной интоксикации сульфаниламидные препараты отменяют и переходят на курс лечения пенициллином.

Пенициллин впрыскивают внутримышечно по 50 000—100 000 ЕД каждые 3—4 часа в течение 3—4 дней. Он особенно показан в случаях, когда сульфаниламидные препараты не оказывают действия (устойчивые формы пневмококков по отношению к сульфаниламидным препаратам) (см. *Абсцесс легкого*). Иногда хороший эффект получается при одновременном применении сульфаниламидных препаратов и пенициллина или других антибиотиков.

Громадную роль играет внимательный и правильный уход: постельный режим, несколько приподнятое положение туловища для облегчения одышки, полный покой; частое проветривание помещения. Согревающий компресс, банки, горчичники на грудную клетку; обильное питье: лимонная вода, клюквенный морс, чай, кофе, молоко. Если больной пьет мало, особенно при приемах сульфаниламидных препаратов, то вводят под кожу физиологический раствор поваренной соли или рингеровский раствор или ставят из них капельные клизмы.

Rp. Sol. Natrii chlorati isotonicae (0,85%) 600,0
Sterilisetur!
DS. Для подкожного вливания

Rp. Natrii chlorati 9,0
Kalii chlorati
Calcii chlorati
Natrii bicarbonici āā 0,2
Aq. destill. 1000,0
Sterilisetur!
MDS. Рингеровский раствор для подкожного вливания

Пищу давать жидкую, полужидкую, причем питательную (высококалорийную в протертом виде), богатую витаминами. Кормить часто и малыми порциями.

При болях, кашле и одышке — наркотические средства (морфин, кодеин и др.). Для лучшего отделения мокроты отхаркивающие (ипекакуана, термопсис) или сочетание наркотических с отхаркивающими (см. *Абсцесс легкого*). Главное внимание обращается на состояние сердечно-сосудистой системы: тщательно следить за пульсом; внутрь или под кожу — камфара, кофеин, стрихнин, кордиамин, коразол.

Rp. Sol. Corazoli 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 3 раза в день

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 2—3 раза в день

Rp. Cordiamini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 2—3 раза в день

Для улучшения питания и кровообращения в сердечной мышце — внутривенное вливание глюкозы (40% — 20 мл).

При падении артериального давления впрыскивают адреналин.

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу

При цианозе — кровопускание (100—400 мл) и кислород. При возбуждении, бессоннице — снотворные и успокаивающие препараты.

Rp. Bromurali 0,3
D. t. d. N. 3 in tabul.
S. По 1 таблетке на ночь

Rp. Luminali 0,05
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Medinali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке со стаканом теплого чая за час до сна

При высокой температуре, головной боли и бреде — лед на голову. Протирать кожу, очищать язык и слизистую рта. Наблюдать за отправлением кишечника и мочеотделением. Особенно тщательно следить за состоянием пульса.

Очень важно следить за психикой больного: иногда во время бреда и галлюцинаций (особенно у алкоголиков!) больные вскакивают с постели, бегут и могут даже выбрасываться из окна.

ПНЕВМОНИЯ ОЧАГОВАЯ (PNEUMONIA LOBULARIS). БРОНХОПНЕВМОНИЯ (BRONCHOPNEUMONIA). КАТАРАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ (PNEUMONIA CATARRHALIS). При очаговой пневмонии поражаются отдельные легочные дольки (очаги). Возбудитель — гриппозный вирус, пневмококки, пневмобациллы, стафилококки, стрептококки. Как осложнение (вторичная инфекция) очаговая пневмония часто развивается при различных инфекционных болезнях: кори, скарлатине, сепсисе, брюшном тифе и др. Она может возникнуть от попадания в легкие посторонних веществ (слизи, воды, пищи, крови, рвотных масс), особенно во время бессознательного состояния (апоплексии, общего наркоза и пр.). Такая пневмония называется аспирационной (вдыхательной). Простуда предрасполагает к возникновению очаговой пневмонии. Очаговую пневмонию называют также бронхопневмонией, так как она часто присоединяется к острому бронхиту. Воспалительный процесс с мелких бронхов переходит на легочные альвеолы — дольки.

Симптомы и течение. Кашель со слизистой, гнойной или слизисто-фибринозной мокротой, часто одышка. Болезнь начинается насморком, кашлем, недомоганием; температура повышается медленно в течение нескольких дней, иногда доходит до 39—40°. При перкуссии небольшие очаги притупления (если воспалительный процесс поразил группы легочных долек). На месте притупления выслушивается крепитация и бронхиальное дыхание, влажные и сухие хрипы. В тяжелых случаях отмечается интоксикация сердечно-сосудистой системы: глухие тоны сердца, учащение и ослабление пульса, одышка. Кроме того, наблюдается потеря аппетита, головная боль, плохой сон, общая слабость.

При пневмонии, вызванной гриппозным возбудителем (вирусом), наблюдаются и общие гриппозные явления: насморк, общая разбитость, головная боль, ломота всего тела и боль в глотке.

Болезнь тянется 2—4 недели; улучшение наступает постепенно, сопровождаясь медленным падением температуры. Наиболее тяжело она протекает у маленьких детей, стариков и ослабленных, истощенных больных.

Воспалительный процесс может захватить новые участки легких (пневмония принимает ползучий характер). Такие пневмонии тянутся $1^1/_2$—2 месяца и иногда заканчиваются смертью.

Распознавание. Очаговую пневмонию следует отличать от бронхита, крупозного воспаления легких, туберкулеза легких, плеврита и абсцесса легких.

Лечение в основном то же, что и при крупозной пневмонии. Лучшие средства — сульфаниламидные препараты и антибиотики (см. *Пневмония крупозная, Абсцесс легких*).

ПНЕВМОСКЛЕРОЗ (PNEUMOSCLEROSIS). Пневмосклерозом называется разрастание соединительной (фиброзной) ткани в легких, ведущее к рубцеванию (склерозу) различных участков легких. Обычно пневмосклероз является конечной стадией различных легочных заболеваний. Часто повторяющиеся пневмонии, абсцессы легких, хронические бронхиты, бронхоэктазы, пневмокониозы, туберкулез легких, хронические воспалительные процессы в межуточной ткани легких (хронические пневмонии) приводят к пневмосклерозу.

Симптомы и течение. Кашель, чаще с мокротой, одышка. Перкуторно: коробочный звук вследствие развившейся эмфиземы в непораженных частях легких с отдельными участками притупления. Сухие и влажные хрипы. Явления легочной и сердечной недостаточности (легочное сердце).

Болезнь хроническая, постепенно прогрессирующая, если не устранена вызвавшая ее причина.

Распознавание. Нужно отличать от хронического туберкулезного процесса в легких, особенно при наличии лихорадки (хронические пневмонии). Анамнез, исследования мокроты, рентгеноскопия помогают уточнить диагноз.

Профилактика и лечение основного заболевания, вызвавшего склеротические изменения в легких. Климатическое лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, перемена работы. Симптоматическое лечение. Лечение сердечной недостаточности (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая*).

ПНЕВМОТОРАКС, СКОПЛЕНИЕ ВОЗДУХА В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ (PNEUMOTHORAX). Пневмоторакс бывает искусственным, когда с лечебной целью (главным образом при туберкулезе легких) вдувают в полость плевры воздух, и естественным, или самопроизвольным, когда в результате разрыва или некроза легочной ткани образуется сообщение между бронхом и полостью плевры. Причины самопроизвольного (спонтанного) пневмоторакса: туберкулез, абсцесс или гангрена легких, бронхоэктазы, травмы и ранения легких, буллезная эмфизема легких.

Симптомы и течение. Внезапно появляется резкая боль в груди, сильная одышка, упадок сердечной деятельности (учащенный слабый пульс, цианоз). При перкуссии — коробочный звук с тимпаническим оттенком и смещение сердца в здоровую сторону, при аускультации — ослабленное дыхание.

Если в полость плевры не попадает инфекция, воздух может постепенно рассосаться, и наступает выздоровление. Чаще развивается серозный плеврит, а при попадании гноеродных бактерий — гнойный плеврит (пиопневмоторакс). Тогда появляются признаки наличия воздуха в полости плевры и выпотного плеврита: внизу легкого тупой звук, а выше тупости — коробочный и тимпанический. Наличие воздуха позволяет жидкости свободно перемещаться при перемене положения больного; при встряхивании больного слышен шум плеска.

Лечение. Полный покой, приподнятое положение в постели. При резкой одышке — морфин или омнопон под кожу. При сердечной недостаточности — под кожу камфара, кофеин, стрихнин. При наличии жидкости — ее откачивание. При пиопневмотораксе — хирургическое лечение.

ПОДАГРА (PODAGRA). АРТРИТ МОЧЕКИСЛЫЙ (ARTHRITIS URICA). Вследствие нарушения белкового обмена в тканях и крови скопляется большое количество мочевой кислоты и ее солей, которые при недостаточном выделении почками отлагаются в суставных хрящах и мышечных сухожилиях.

Симптомы и течение. В большинстве случаев подагра развивается постепенно. Чаще поражаются мелкие суставы, в особенности пальцев рук и ног, а затем крупные: голеностопные, коленные, локтевые. Пораженные суставы болезненны при движении и давлении, немного отекают. С течением времени, вследствие отложения солей, они обезображиваются, их подвижность ограничивается, появляются утолщения (tophi).

Иногда подагра проявляется в виде острых приступов резкой боли в каком-либо суставе (обычно мелком), например в большом пальце ноги. Течение хроническое с временными улучшениями при соблюдении режима и лечения.

Распознавание. Нужно дифференцировать с хроническим ревматизмом и вообще суставными заболеваниями (артритами).

Профилактика и лечение. В основном лечение диететическое. Запрещаются спиртные напитки, всякие острые, кислые продукты и приправы. Диета молочно-растительная: молочные продукты, яйца, хлеб, крупа, овощи, фрукты, ягоды. Мясо (рыба) 2—3 раза в неделю и только в вареном виде. Ограничиваются и растительные продукты, богатые белком (горох, фасоль, бобы, чечевица), а также грибы.

Для выделения из организма мочевой кислоты принимают щелочные минеральные воды (боржом, ессентуки и др.), атофан (по 0,5 г 3 раза в день в течение 5 дней, после чего необходим перерыв на 5 дней, а затем снова принимают 5 дней — всего 3 таких курса), уродан (по 1 чайной ложке 3—4 раза в день).

Назначают также йодистые препараты и адренокортикотропный гормон внутримышечно по 20 ЕД 4 раза в день — всего 15—20 дней.

Rp. Sol. Kalii jodati 6,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Хорошие результаты наблюдаются при физических методах лечения: теплых соленых ваннах, грязевых, радоновых, сероводородных, местных ваннах (четырехкамерных). Показаны курорты: Пятигорск, Саки, Евпатория (грязелечение), Мацеста (сероводородные ванны), Цхалтубо (радоновые ванны), Одесса (соленые ванны).

ПОЛИАРТРИТ РЕВМАТОИДНЫЙ (ИНФЕКЦИОННЫЙ, НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ), ОБЕЗОБРАЖИВАЮЩИЙ, ДЕФОРМИРУЮЩИЙ. Причины: нарушения обмена и функций эндокринных желез, инфекция (см. *Полиартриты инфекционные*), простуда, травма.

Симптомы и течение. Обычно поражаются один-два крупных сустава, но в процесс могут вовлекаться и мелкие суставы, например пальцев рук и ног. Суставы отекают, появляется боль, ограничение подвижности, хруст при движении. Постепенно происходят изменения в хрящах суставных поверхностей и суставных концов костей, утолщение синовиальной оболочки и разрастание околосуставной ткани. Суставы увеличиваются в объеме, нарушается их подвижность, происходит стягивание их и обезображивание. Одновременно может быть поражение внутренних органов: печени, почек, лимфатических узлов, кровотворной системы и др. Болезнь длится годами.

Лечение. Адренокортикотропный гормон, кортизон, бутадион, аспирин, а также грязелечение, сероводородные и соленые ванны, диатермия, светолечение, массаж, лечебная физкультура, удаление инфицированных очагов. В остальном лечение симптоматическое и общеукрепляющее.

ПОЛИАРТРИТ РЕВМАТИЧЕСКИЙ ОСТРЫЙ (POLIARTHRITIS RHEUMATICA ACUTA). Поражение суставов есть одно из проявлений ревматизма (см. *Ревматизм*). Вслед за каким-либо септическим заболеванием, чаще всего ангиной, через 1—2 недели развивается множественное поражение суставов.

Симптомы и течение. Резкая боль, припухлость и покраснение пораженных суставов. Болезнь начинается обыкновенно с заболевания одного-двух суставов, но могут поражаться все остальные суставы. Большей частью поражаются крупные суставы: плечевые, коленные, голеностопные, лучезапястные и локтевые (тазобедренные редко). Характерна «летучесть» в поражении суставов, т. е. появление воспалительного процесса все в новых суставах и затихание или прекращение воспаления в ранее поражённых суставах. Температура при остром ревматизме обычно ремиттирующего характера. Болезнь продолжается в среднем $1^1/_2$—2 месяца, иногда и дольше. Обычно отек и боль проходят, подвижность в суставах возвращается к норме. Одновременно с суставами ревматический процесс поражает и сердце: появляется ревматический миокардит, а иногда ревматический эндокардит и даже перикардит.

Распознавание. Острый суставной ревматизм нужно отличать от различных инфекционных артритов и от артритов другой этиологии. Ведущие признаки: «летучесть» процесса, одновременное поражение сердца и обычно полное восстановление функции суставов после ревматического приступа. После эндокардита обычно остается порок сердца.

Лечение. Салициловокислый натрий (по 1 г 6—8 раз в день), аспирин (по 1 г 3—4 раза в день), пирамидон (по 0,5 г 4 раза в день), бутадион (по 0,15 г 3—4 раза в день), адренокортикотропный гормон (по 10—20 единиц 4 раза в день внутримышечно — всего на курс до 1000 единиц), или кортизон (по 0,025 г 4 раза в день — всего на курс 3—4 г). Иногда применяют комбинированное лечение — АКТГ или кортизон и бутадион, пирамидон или аспирин.

При лечении пирамидоном или бутадионом необходимо 1—2 раза в неделю проверять состав белой крови. Если количество лейкоцитов уменьшается ниже нормы (лейкопения), необходимо отменить пирамидон и бутадион.

Режим постельный. На суставы кладут сухое тепло или согревающие компрессы.

Поражение сердца требует соответствующих мероприятий (см. *Миокардит, Эндокардит, Перикардит, Пороки сердца*). При соответствующих показаниях — удаление миндалин и других очагов инфекции. Обязательна санация зубов.

Профилактика (см. *Ревматизм*).

ПОЛИАРТРИТ РЕВМАТИЧЕСКИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ (POLIARTHRITIS RHEUMATICA CHRONICA). Хронический ревматизм часто является следствием острого. Сырой климат, сырое и холодное жилище или рабочее помещение способствуют переходу острого процесса в хронический.

Симптомы и течение. После острого приступа (атаки) ревматизма припухлость и болезненность в суставах могут остаться, особенно после повторных ревматических атак (рецидивов). Часто эти болезненные явления обостряются. Боли учащаются, особенно при неблагоприятной погоде (при ее переменах). В суставах появляется хруст, они утолщаются и постепенно деформируются.

Лечение. Во время обострений — лечение как при остром полиартрите.

Впоследствии, спустя несколько месяцев — до полугода, главными методами лечения являются различные физиотерапевтические процедуры: грязелечение, сероводородные и соленые ванны; светолечение, массаж.

Профилактика см. *Профилактика ревматизма*.

ПОЛИАРТРИТЫ ИНФЕКЦИОННЫЕ (POLYARTHRITIS INFECTIOSA). При различных инфекциях наблюдаются соответствующие артриты: туберкулезные, гонорейные, сифилитические, дизентерийные, бруцеллезные и др.

Иногда инфекционные полиартриты бывают неясной этиологии (см. *Полиартрит ревматоидный*), обычно гноеродной, при наличии гнойных очагов (хронические тонзиллиты, поражения зубов, придаточных полостей и пр.).

Симптомы и течение. При инфекционных артритах поражаются один-два сустава, множественное заболевание их наблюдается редко. В суставах происходят стойкие анатомические изменения, нарушение их функций, а иногда анкилоз. Часто суставы утолщаются, изменяют свою форму, и подвижность их значительно ограничивается. Такие резкие изменения отмечаются, например, при гонорейных или туберкулезных артритах, которые часто заканчиваются полным анкилозом. Симптомы и течение во многом зависят от течения основного заболевания. При инфекционных полиартритах неясной этиологии часто наблюдается множественное поражение суставов, так же как при ревматизме.

Распознавание. Не представляет затруднений при инфекционных артритах определенной этиологии. При неясной этиологии оно довольно трудно, так как клиническая картина во многом сходна с ревматическим полиартритом. При инфекционном полиартрите не поражается сердце, не наблюдается «летучести» процесса (воспаление не переходит с одного сустава на другой), салициловые препараты не оказывают такого эффективного действия, и в суставах остаются морфологические изменения.

Лечение. Связано с лечением основного заболевания. Сифилитические артриты лечатся специфическими средствами (пенициллин, новарсенол, ртуть, биохинол, йод). При гонорейных артритах хорошее действие оказывают подкожные впрыскивания гонококковой вакцины. При гонорейных, а также септических полиартритах — сульфаниламидные препараты, антибиотики. При туберкулезных артритах — продолжительный покой (вытяжение, наложение гипсовой повязки), а также общеукрепляющее лечение. При лечении инфекционных артритов нужно раньше всего удалить гнойный очаг (миндалины, кариозные зубы и пр.); затем их лечат сульфаниламидными препаратами и антибиотиками. В хронических случаях — курортное лечение и физиотерапия (см. *лечение полиартрита ревматоидного*).

Профилактика. Профилактика и лечение заболеваний суставов. Ликвидация или активное лечение гнойных очагов (хронические тонзиллиты, поражения зубов, лечение придаточных полостей, остеомиелитов и др.).

ПОРОКИ СЕРДЦА (VITIUM CORDIS). Различают врожденные и приобретенные пороки. Врожденные пороки встречаются редко; такие больные в большинстве случаев недолговечны. Причины приобретенных пороков: ревматизм (ревматический эндокардит), септический эндокардит, сифилитическое поражение клапанов, склеротические изменения в них. При пороках наблюдается недостаточность клапанов или сужение отверстия между различными отделами сердца.

Наиболее часто встречается недостаточность митрального клапана, сужение (стеноз) отверстия между левым предсердием и желудочком, недостаточность аортальных клапанов и сужение аортального отверстия.

При митральной недостаточности во время систолы часть крови поступает обратно в левое предсердие, в которое в свою очередь притекает кровь из легких. Во время диастолы вся масса крови из предсердия поступает в левый желудочек. От увеличенного количества крови полости левого предсердия и желудочка расширяются. Выбрасывание большого количества крови вызывает гипертрофию мышц левого предсердия и желудочка. Мышца правого желудочка, вынужденная преодолевать застой крови в легких, также гипертрофируется. Благодаря расширению и гипертрофии сердце

может настолько приспособиться к новым условиям работы, что с каждой систолой будет выбрасывать в аорту нормальное количество крови. Такое состояние сердца, когда оно вполне справляется со своей работой, называется компенсацией, а порок сердца — компенсированным.

При сужении левого предсердно-желудочкового отверстия происходит расширение и гипертрофия левого предсердия и гипертрофия правого желудочка. При недостаточности аортальных клапанов во время диастолы в левый желудочек поступает кровь одновременно из левого предсердия и обратно из аорты. Поэтому происходит расширение и гипертрофия левого желудочка. С систолой в аорту поступает увеличенное количество крови, а с каждой диастолой при компенсированном пороке обратно в желудочек возвращается только излишек крови; таким образом, организм получает нормальное количество крови. При сужении аортального отверстия левый желудочек усиленно работает, чтобы протолкнуть кровь через суженное отверстие, вследствие чего наблюдается его гипертрофия, а иногда и расширение.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. При перкуссии границы различных отделов сердца увеличены; при недостаточности митрального клапана — увеличение влево, вправо и вверх; при сужении левого предсердно-желудочкового отверстия — вправо и вверх; при аортальных пороках — влево и вниз (особенно при недостаточности клапанов). При аускультации отмечаются сердечные шумы: при недостаточности митрального клапана — систолический, а при стенозе отверстия — диастолический (пресистолический) шум у верхушки; при митральных пороках — усиление второго тона (акцент) над легочной артерией (во втором межреберье слева, около грудины). При стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия над легочной артерией вместо одного второго тона часто выслушиваются два тона (раздвоение второго тона), а на верхушке можно выслушать усиленный (хлопающий) первый тон. При недостаточности аортальных клапанов выслушивается диастолический шум, а при стенозе — систолический шум у основания сердца (во втором межреберье справа, около грудины).

При различных пороках сердца происходят изменения со стороны сердечного толчка. При аортальных пороках наблюдается усиление верхушечного толчка; при митральных — вследствие увеличения главным образом правого желудочка, толчок бывает распространенным (разлитым). При стенозах отверстий при пальпации можно обнаружить «кошачье мурлыканье».

Пульс при недостаточности митрального клапана может быть нормального наполнения и напряжения, при стенозах — слабого наполнения, при аортальной недостаточности — полный с быстрым подъемом пульсовой волны и быстрым ее спадением (скорый пульс).

В случае сердечной компенсации больного ничто не беспокоит, и обнаружить порок можно только путем объективного исследования сердца. При ослаблении сердечной мышцы появляются симптомы расстройства сердечной компенсации: при митральных пороках наблюдается преимущественно недостаточность правого желудочка, а при аортальных — левого (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая*).

Течение болезни зависит от размеров поражения клапана, способности сердечной мышцы компенсировать порок и от соблюдаемого режима.

Р а с п о з н а в а н и е главным образом на основании выслушиваемых шумов; различные пороки отличаются друг от друга по характеру шума (систолический или диастолический) и по месту их выслушивания. Определение границ сердца, а также рентгенологическое исследование имеют большое значение в диагностике различных пороков сердца.

Л е ч е н и е. При компенсированном пороке не требуется особого лечения; необходимо лишь соблюдать режим, щадящий сердечную мышцу: больной не должен заниматься чрезмерным физическим трудом, переутомляться; необходимо ограничить питье, быть умеренным в еде, наблюдать за пра-

вильным действием кишечника; нельзя употреблять спиртных напитков и курить; занятия легким спортом могут быть полезны, так как они упражняют, тренируют сердечную мышцу. Когда наступают явления сердечной декомпенсации, ее нужно лечить, как любую сердечную недостаточность (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность хроническая*).

Профилактика. Лечение ангин, скарлатины, септических заболеваний, эндокардитов, ревматизма, инфекционных полиартритов, сифилиса.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА см. *Почечнокаменная болезнь.*

ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (NEPHROLITHIASIS). В образовании почечных камней играет роль нарушение обмена веществ. Образованию камней способствует питьевая вода, богатая кальциевыми солями, нарушение кальциевого и фосфорного обмена, воспаление мочевых путей, застой мочи. Камни образуются из мочевых солей (мочекислых, щавелевокислых фосфатов), преимущественно в почечной лоханке. Осаждению солей способствуют продукты воспаления слизистых оболочек почечной лоханки (пиелитов): комочки слизи, гноя, слущенный эпителий, сгустки крови. Недостаток витамина А может способствовать образованию камней, так как при этом гиповитаминозе в большом количестве слущивается эпителий мочевых путей.

Симптомы и течение. Основной симптом — приступы резких болей в области почки (почечная колика), которые наступают внезапно. Боли отдают в пах и половые органы; появляется озноб, иногда повышается температура, часто рвота, холодный пот, слабый пульс. На больной стороне отмечается положительный симптом Пастернацкого. Мочеиспускание частое и болезненное. В моче появляется кровь. Течение болезни зависит от величины камня, болезненных и воспалительных явлений, вызываемых камнем, а также от правильности лечения.

Распознавание. Нужно дифференцировать с заболеваниями органов живота, сопровождающимися приступами болей (печеночная колика, язвенная болезнь, аппендицит), а также с некоторыми почечными заболеваниями (очаговый нефрит, пиелит).

Лечение. Полный покой, грелки, припарки, теплые ванны. Под кожу вводят морфин или омнопон, промедол, а также атропин. Питье в большом количестве минеральных вод (щелочные только при мочекислой реакции), молочно-растительная диета. Большие камни, а также камни, вызывающие частые приступы почечной колики и гнойное воспаление мочевыводящих путей, удаляют хирургическим путем. Пиелит и цистит лечат обычным путем *(см.)*.

ПОЧКА ОПУЩЕННАЯ, БЛУЖДАЮЩАЯ, ИЛИ ПОДВИЖНАЯ, ПОЧКА (NEPHROPTOSIS, REN MOBILIS). Подвижная, в то же время опущенная (преимущественно правая) почка чаще встречается у женщин, особенно многорожавших, у которых ослаблены мышцы живота и наблюдается общее опущение брюшных органов. Резкое похудание, ушибы, прыжки способствуют опущению почки.

Симптомы и течение. Тяжесть в животе, боли в пояснице, усиливающиеся при ходьбе и тяжелой работе. При пальпации живота прощупывается подвижная почка (основной симптом болезни). Иногда болезнь протекает бессимптомно.

Профилактика и лечение. Ношение бандажа. Запрещение тяжелой физической работы и занятий спортом; усиленное питание истощенных больных. Специальные физкультурные упражнения для укрепления мышц живота. При резких болях — постельный режим, грелки, теплые ванны и даже инъекции морфина или омнопона.

ПОЧКА СУЛЕМОВАЯ см. *Некронефроз.*

ПРОСТРЕЛ см. *Миозиты и миальгии.*

РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА (DILATATIO VENTRICULI). Причинами являются ослабление тонуса мышечной стенки желудка (атония) вследствие врожденной слабости мышечной оболочки, общего истощения

организма, чрезмерного переедания и употребления большого количества жидкости, сужение привратника рубцовой тканью или опухолью. При расширении желудка обыкновенно наблюдается и его опущение (см. *Гастроптоз*). Вследствие ослабления мускулатуры желудка двигательная функция его понижена, а потому пища застаивается по нескольку дней и разлагается.

Симптомы. Резкий запах изо рта, тухлая отрыжка, периодическая обильная рвота, часто съеденной накануне пищей. Обычно в таких случаях присоединяется хронический гастрит.

Лечение. Пищу и питье давать часто, небольшими порциями. При застаивании пищи утром натощак выкачивают зондом содержимое желудка и промывают его. При значительном сужении привратника показана операция (гастроэнтеростомия). Бандаж. В остальном лечение то же, что и при хроническом гастрите *(см.)*.

РВОТА (VOMITUS). Рвота возникает от раздражения рвотного центра (непосредственно или по рефлексу, исходящему из желудка, печени, почек, брюшины, яичников и других органов). Рефлекторная рвота наблюдается при различных желудочных (гастрит, язвенная болезнь, рак) и кишечных заболеваниях (аппендицит, кишечная непроходимость), воспаление брюшины, яичников, печеночной и почечной колике и др. Центральная (мозговая), в том числе и коркового происхождения, рвота бывает при сотрясении мозга, при раздражении рвотного центра различными токсинами, циркулирующими в крови (при уремии, скарлатине, менингите, головных болях различного происхождения и пр.). Мозговая рвота обычно наступает без предшествующей тошноты. Рвота беременных происходит, по всей вероятности, вследствие нарушения функций эндокринных желез и под влиянием нервных факторов. Эта рвота относится к проявлениям так называемых токсикозов беременности первой ее половины (см. *Акушерство*).

Надо тщательно расспросить больного и обследовать его, чтобы выяснить происхождение рвоты.

Для правильной диагностики очень важно осмотреть рвотные массы. Они часто состоят из только что съеденной пищи или пищи, принятой за несколько часов, иногда за сутки и более до рвоты и недостаточно или совсем непереваренной. При желудочном кровотечении рвота красного цвета, при раке (при распаде раковой опухоли) — цвета кофейной гущи, при забрасывании желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок — желто-зеленого цвета; при пустом желудке иногда больного рвет одной желчью. Рвотные массы кислого запаха, если в желудке много кислот, тухлого, — если в желудке происходят процессы гниения; при уремии рвотные массы пахнут мочой, при непроходимости кишок может быть каловая рвота.

Во время рвоты наступает общая слабость, побледнение лица, похолодание конечностей, выступает «холодный» пот, пульс частый, малого наполнения, артериальное давление падает.

После прекращения рвоты больного нужно уложить, дать прополоскать рот, вытереть губы, положить к конечностям грелки, при упадке сердечной деятельности — кофеин, камфара под кожу. Необходимо следить за тем, чтобы не произошла аспирация рвотных масс (опасность аспирационной пневмонии!).

Если рвота была следствием какого-либо тяжелого заболевания, то принимаются соответствующие меры.

РВОТА КРОВАВАЯ см. *Кровотечение желудочное.*

РЕВМАТИЗМ (RHEUMATISMUS). Ревматизм — инфекционная болезнь, возбудитель которой точно не известен. Из возбудителей чаще всего находят гемолитического стрептококка. Кроме инфекции, для появления ревматизма необходима сенсибилизация организма, т. е. повышение его чувствительности к аллергенам, которыми могут быть бактерии и их ток-

сины. Инфекция чаще обнаруживается в миндалинах, так как ревматизму обычно предшествует ангина, в кариозных зубах и в других инфицированных очагах.

В возникновении ревматизма большое значение имеет измененная реактивность всего организма.

Сырость и холод предрасполагают к заболеванию ревматизмом. Ревматический процесс поражает сердце и в большинстве случаев одновременно суставы, а иногда и серозные оболочки (плеврит, перикардит, перитонит). Вследствие ревматизма развиваются пороки сердца с возможной последующей сердечной недостаточностью.

Симптомы, течение и лечение болезни см. *Миокардит. Ревмокардит, Перикардит, Эндокардит, Полиартрит ревматический острый и хронический.*

РЕВМОКАРДИТ (RHEUMOCARDITIS) — ревматическое поражение сердца, при котором процесс может одновременно поражать эндокард, миокард и перикард (см. *Миокардит острый, Перикардит* и *эндокардит).*

САХАРНАЯ БОЛЕЗНЬ см. *Диабет сахарный.*

САХАРНОЕ МОЧЕИЗНУРЕНИЕ см. *Диабет сахарный.*

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА см. *Астма сердечная.*

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОСТРАЯ. КОЛЛАПС. ШОК. ОБМОРОК.

Острая сердечная недостаточность может наступить при острых сердечных заболеваниях (острый миокардит, экссудативный перикардит, инфаркт миокарда и др.) и острых инфекциях (например, крупозное воспаление легких); у здорового человека при утомительном физическом перенапряжении (например, при беге на дальнюю дистанцию, особенно без соответствующей тренировки).

Острая сосудистая недостаточность возникает в результате понижения тонуса мускулатуры сосудов. Падение тонуса сосудов приводит к переполнению сосудов одних периферических областей и обескровливанию других. Кровяное давление падает. Нарушается подача сердцу достаточного количества крови под необходимым давлением. Наиболее тяжелым видом острой сосудистой недостаточности является травматический шок. Причины его возникновения: болевой фактор, резкое перераздражение нервной системы и явления бурного тканевого распада.

В основе коллапса также лежит внезапное падение кровяного давления и уменьшение поступления крови к сердцу, однако явления тканевого распада и перенапряжения нервной системы выражены нерезко.

Обморок — внезапная кратковременная потеря сознания. Возникает вследствие острого падения тонуса сосудов центрального происхождения при сильном волнении, истерии, различных болях и т. д.

Часто наблюдается одновременно сердечная и сосудистая недостаточность. Так, например, при значительных кровопотерях вслед за сосудистой недостаточностью наступает и сердечная.

Симптомы и течение. Основной признак сердечной недостаточности — резкая одышка. Развитие симптомов сердечной недостаточности зависит от преимущественного поражения левого или правого желудочка.

Сердечная астма и отек легких появляются при преимущественном ослаблении левого желудочка, а цианоз, отеки ног, застойная печень — при недостаточности главным образом правого желудочка. При коллапсе, шоке — резкая слабость, малый, едва прощупываемый (нитевидный) пульс или даже полное его отсутствие, частое, поверхностное дыхание, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, холодный пот, головокружение, иногда затемненное сознание.

При обмороке наблюдается головокружение, потеря сознания, бледность покровов, ослабление пульса (см. *Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях).*

Лечение. При сердечной недостаточности полный покой, приподнятое удобное положение больного, чистый свежий воздух. При застойных явлениях (отеке легких, цианозе) кровопускание (300—400 мл) и другие отвлекающие мероприятия: пиявки, горчичники, банки, а также вдыхание кислорода. После кровопускания — внутривенное введение раствора глюкозы, лучше со строфантином или коргликоном. Под кожу кофеин, камфара, препараты группы наперстянки. При коллапсе впрыскивают адреналин, далее — возбуждающие средства (кофеин, камфара, стрихнин, цититон). При острой сосудистой недостаточности нельзя применять препараты наперстянки, кровопускание, вдыхание кислорода. Кровопускание нельзя делать при значительном падении кровяного давления (например, при коллапсе).

Rp. Sol. Glucosi 40% 10,0
Adde aseptice t-rae
Strophanthi gtt. II
DS. Для внутривенного вливания (вводить в течение 3—5 минут)

Rp. Sol. Strophanthini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,5—1,0 мл в вену; развести в 10—20 мл 40% раствора глюкозы; вводить медленно

Rp. Ol. Camphorati 20% 2,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 2 мл под кожу

Rp. Sol. Coffeini natriobenzoici 20% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 2—3 раза в день

Rp. Sol. Corazoli 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день под кожу

Rp. Sol. Corglyconi 0,06% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 20 мл 40% раствора глюкозы

Rp. Cordiamini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день под кожу

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 4 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 4 in amp.
S. По 0,5—1 мл 1—2 раза в день под кожу

Rp. Inf. fol. Digitalis 0,6 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 4 раза в день

Rp. Digalen-Neo 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в день под кожу

Rp. Gitaleni 15,0
DS. По 10—15 капель 3 раза в день

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlorici 5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу

Rp. Cytitoni 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,2—0,5 мл в вену

Хорошее действие оказывает эризид (выделенный из растения серого желтушника).

Rp. Erysidi 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл в 20 мл 40% раствора глюкозы 1—2 раза в день

Рекомендуется очищение кишечника, ограничение питья, частые приемы пищи небольшими порциями, причем пища должна быть высококалорийной (питательной), полужидкой или в протертом виде. При похолодании конечностей — грелки, растирания.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХРОНИЧЕСКАЯ. Хроническая сердечная недостаточность развивается у больных с пороком сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом в стадии дистрофической недостаточности сердца, при наличии инфарктов миокарда и т. д.

Симптомы и течение. Основные симптомы сердечной недостаточности: одышка, цианоз и отеки. Сердце увеличено в размерах, тоны сердца приглушенные или глухие, иногда их едва удается прослушать (при пороках сердца выслушиваются сердечные шумы), пульс частый, слабого наполнения, неправильный.

Различают три стадии сердечной недостаточности (декомпенсации). В первой стадии больные в покойном состоянии не ощущают никаких болезненных явлений. При быстром движении, подъемах по лестнице, усиленном физическом труде появляется более или менее значительная одышка и учащение пульса. Больные быстро утомляются, иногда ощущают сердцебиение. Сердце умеренно увеличено, тоны приглушены.

Во второй стадии все эти явления усиливаются: одышка наступает более быстро, пульс учащается, сердце увеличивается в размерах, его тоны становятся глуше; появляются периферические отеки и застойные явления в различных органах. При недостаточности главным образом правого желудочка наблюдается застой в большом кругу кровообращения, отеки на ногах, сначала только к вечеру, а затем постоянные; увеличение печени, застой в почках (немного белка в моче, гиалиновые цилиндры); губы, кончик носа, щеки, пальцы рук и ног несколько цианотичны. При недостаточности левого желудочка — застойные явления главным образом в легких: кашель с мокротой и хрипы в легких (см. *Астма сердечная* и *Отек легких*). При постельном режиме и соответствующем лечении явления декомпенсации могут исчезнуть, больной может вновь стать трудоспособным.

В третьей стадии все указанные явления значительно нарастают: цианоз усиливается, одышка наблюдается даже в покойном положении (больные могут спать только в приподнятом или даже сидячем положении); отеки увеличиваются, появляется асцит, иногда гидроторакс и т. д.; в тяжелых случаях — застойные явления в слизистой желудка и кишечника; аппетит понижен, иногда тошнота и рвота. Всасывательная функция кишечника понижается, появляются поносы. Застойные явления в печени, почках и легких нарастают. При левожелудочковой недостаточности, чаще по ночам, возникают приступы сердечной астмы, а затем и явления отека легких. Сердце значительно расширяется, пульс становится частым, малым и аритмичным. Если терапевтические мероприятия не улучшают состояния, больные погибают при явлениях нарастающей сердечной недостаточности.

Профилактика и лечение. Профилактика и лечение острых сердечных заболеваний (миокардитов, эндокардитов, перикардитов), а также резкого перенапряжения сердечной мышцы. Профилактика и лечение пороков сердца, гипертонической болезни, атеросклероза, коронарокардиосклероза и миокардиодистрофии в состоянии сердечной компенсации, чтобы предупредить возникновение сердечно-сосудистой недостаточности. Если уже появляются признаки сердечной недостаточности, то ее лечение должно носить профилактический характер, чтобы предупредить переход более легкой стадии болезни в более тяжелую.

В первой стадии недостаточности: установление щадящего режима для сердечной мышцы; ограничение в работе; перемена профессии, если она связана с тяжелым физическим трудом; регулярный отдых; больной должен избегать переутомления, ограничить питье, соблюдать умеренность

в еде, наблюдать за регулярным действием кишечника, не курить и не употреблять спиртных напитков; допустим нетяжелый физический труд. Показаны дозированные занятия физкультурой (лечебная физкультура) под контролем врача, фельдшера и лечение на курортах углекислыми и сероводородными ваннами (Кисловодск, Мацеста). Из лекарственных средств дают адонизид, настойку чилибухи с валерьяной и ландышевыми каплями.

При второй стадии недостаточности больной становится временно нетрудоспособным; назначается постельный режим; при застойных явлениях в легких — банки, горчичники; при одышке — наркотические (кодеин, дионин, морфин); сердечные средства: камфара, кофеин, диуретин, стрихнин, наперстянка, адонизид (по 15 капель 3 раза в день), строфантин с глюкозой внутривенно (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая*).

Rp. Inf. Adonidis vernalis ex 6,0 : 200,0
DS. 3 часа по 1 столовой ложке

Rp. Strychnini nitrici 0,03
Massae piluiarum q. s. ut f. pil. N. 60
DS. По 1 пилюле 2 раза в день

Rp. T-rae Strychni 5,0
T-rae Valerianae simplicis
T-rae Convallariae majalis aa 10,0
MDS. По 25 капель 3 раза в день

Rp. Diuretini 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

После более или менее значительного восстановления компенсации этим больным показано лечение в санаториях местного значения (курортное противопоказано). Лечебную физкультуру желательно начинать еще во время пребывания больных в постели.

После хотя и неполного восстановления компенсации больные становятся относительно трудоспособными и могут выполнять необременительную работу.

Больные с третьей стадией сердечной недостаточности являются полными инвалидами и находятся в постели. Полный покой, приподнятое и удобное положение тела, чистый, свежий воздух; ограждать больного от всевозможных волнений и заботиться о достаточном сне. При бессоннице и нервном возбуждении успокаивающие и снотворные средства.

Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0 : 200,0
Natrii bromati 8,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Barbamyli 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке на ночь

Rp. Nembutali 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке за полчаса до сна

Во избежание пролежней тщательно следить за кожей, чаще поворачивать больного, подкладывать резиновый круг. Ограничить питье; пища должна быть легкой, малосоленой, без острых и экстрактивных приправ, протертой и размолотой; есть часто, но небольшими порциями. Следить, чтобы кишечник работал нормально и в случае надобности назначать слабительные (английская соль, ревень) или клизму.

Внимательно следить за суточным диурезом. Особенное внимание уделять пульсу больного, его дыханию. При сильной одышке, венозном застое,

застое в легких — кровопускание (200—400 мл) или пиявки к затылку или копчику (6—8 пиявок).

Наперстянка в больших дозах и ее препараты, инъекции камфары, коразола, кофеина, стрихнина, адреналина, внутривенные вливания раствора глюкозы в чистом виде или со строфантином (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая*).

При сильной одышке — инъекции морфина или омнопона, иногда одновременно с камфарой, а также вдыхание кислорода, особенно при наличии цианоза. Применяют также меркузал.

Rp. Mercusali 1,0
D. t. d. N. 4 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно или внутривенно 1 раз в 3—5 дней

При похолодании конечностей — грелки.

СЕРДЕЧНЫЙ ПРИПАДОК см. *Астма сердечная. Инфаркт миокарда. Стенокардия. Неврозы сердечно-сосудистые.*

СИЛИКОЗ см. *Пневмокониоз.*

СИФИЛИС ПЕЧЕНИ. ГЕПАТИТ СИФИЛИТИЧЕСКИЙ (SYPHILIS HEPATIS, HEPATITIS LUETICA). Сифилитическая инфекция может вызвать острый паренхиматозный гепатит. Чаще он протекает хронически с последующими цирротическими изменениями в печени. Обычно в печени наблюдается гуммозный процесс: гуммы постепенно распадаются, замещаются соединительной тканью, в результате чего образуются рубцы, стягивающие здоровые части печени; печень становится плотной и бугристой (дольчатая печень).

Симптомы и течение. Острый паренхиматозный сифилитический гепатит протекает с симптомами обычного гепатита: желтухой, увеличенной и болезненной печенью и повышенной температурой. Характерный признак сифилитического цирроза — плотная, бугристая (дольчатая) печень; селезенка увеличена; впоследствии развивается асцит, желтуха (вследствие сдавления воротной вены и желчных протоков).

Распознавание. При наличии острого гепатита нужно дифференцировать с гепатитами другой этиологии; при гуммозном и цирротическом процессе — с другими циррозами и раком печени.

Лечение. В основном лечение специфическое: пенициллин, новарсенол, ртуть, бнохинол, йод (см. *Аортит*). Нужно быть осторожным с применением новарсенола, особенно при наличии желтухи, так как новарсенол сам по себе может вызвать гепатит (сальварсанная желтуха). Диета, общий режим и неспецифическое лекарственное лечение назначаются те же, что при обычных гепатитах *(см.)* и циррозах печени *(см.)*.

СТЕНОКАРДИЯ. ГРУДНАЯ ЖАБА (STENOCARDIA, ANGINA PECTORIS). Приступы сильных болей в области сердца или за грудиной с отдачей в левое плечо, лопатку, руку, шею и затылок. Эти приступы развиваются вследствие спазма, сужения венечных (коронарных) артерий, отчего нарушается кровоснабжение сердечной мышцы. Различные нервные возбуждения, перенапряжения психики, переутомление высших нервных центров вызывают приступы стенокардии. При стенокардии часто наблюдается склероз венечных сосудов (коронаросклероз). Склерозированные артерии сильнее реагируют на различные раздражения.

Непосредственные причины приступа: физические напряжения, возбуждение нервной системы, психические травмы, отравление табаком, злоупотребление пищей и спиртными напитками, влияние холода и др.

Симптомы и течение. Приступы часто наступают внезапно, во время движения или физического напряжения (могут быть приступы и ночью во время сна). Появляется стеснение в груди и боли жгучего, давящего или режущего характера. Лицо бледнеет, выступает холодный пот,

холодеют конечности. Часто появляется сильная одышка (см. *Астма сердечная*). Приступы могут продолжаться всего несколько минут, иногда дольше; могут повторяться несколько раз в день или не появляться в течение нескольких лет. Больной может погибнуть во время первого приступа (от инфаркта миокарда).

Распознавание. Нужно определить, имеется ли только приступ стенокардии или он осложнен инфарктом миокарда (*см.*).

Лечение. Во время приступа — полный покой. На сердце — грелку или горчичник, к ногам и рукам — грелки или ручные и ножные горячие ванны; вдыхание амилнитрита, прием нитроглицерина или валидола (расширяет венечные артерии), а также атропин (антиспазматическое средство).

Rp. Amylii nitrosi 5,0
DS. Накапав на ватку 3—5 капель, осторожно вдыхать

Rp. Sol. Nitroglycerini spirituosae 1% 5,0
DS. 1—2 капли под язык при болях в сердце

Rp. Nitroglycerini 0,0005
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке при болях в сердце. Таблетки держать под языком до полного их растворения

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Validoli 5,0
DS. 3—5 капель на кусочек сахара, который затем сосать

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

Rp. Sol. Promedoli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 ампуле 1—2 раза в сутки под кожу

После приступа — бромиды, диуретин, эуфиллин, папаверин, сальсолин, платифиллин, дибазол, внутривенные вливания 40% раствора глюкозы по 20 мл (см. *Гипертоническая болезнь*).

Rp. Euphyllini 0,2
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Чтобы предупредить тромбоз коронарных сосудов (инфаркт миокарда), применяют новый препарат дикумарин по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день (дикумарин можно принимать только под контролем исследования крови на протромбиновое время) (см. *Инфаркт миокарда*). При ослаблении сердечной деятельности — сердечные средства (см. *Астма сердечная*); при коронаросклерозе — йодистые препараты, гиперсол (см. *Атеросклероз*). Если в анамнезе имеется сифилис — противосифилитическое лечение (см. *Аортит*).

Профилактика. Профилактика и лечение неврозов. Оберегать от нервных возбуждений, перенапряжений и переутомления высших нервных центров. Запрещение курения, алкоголя и других возбуждающих средств.

Предохранять от чрезмерных физических напряжений, от охлаждения. Профилактика и лечение гипертонической болезни, атеросклероза, коронарокардиосклероза.

ТРОМБОПЕНИЯ (TROMBOPENIA). ВЕРЛЬГОФА БОЛЕЗНЬ (MORBUS WERLHOFII). Считают, что болезнь возникает вследствие уменьшения образования тромбоцитов в костном мозгу при нарушении функции селезенки. От этого, вероятно, происходят изменения в стенках капилляров (повышение их порозности).

Различные инфекции и интоксикации могут способствовать возникновению болезни.

Симптомы и течение. Основной симптом — кровоточивость слизистых оболочек десен, полости рта, носа и т. д. У женщин — обильные, продолжительные менструации, иногда переходящие в маточные кровотечения. Характерны точечные кожные кровоизлияния (петехии). Даже от легких ударов по телу образуются внутрикожные кровоизлияния (синяки). Селезенка увеличена.

Вследствие частых и продолжительных кровопотерь у больных развивается малокровие с уменьшением количества гемоглобина и красных кровяных телец. Больные становятся нетрудоспособными, у них появляется общая слабость, головокружение, ослабление деятельности сердца, вплоть до коллапса.

Болезнь протекает хронически, с временными улучшениями и последующими рецидивами. Уменьшение в крови тромбоцитов до 35 000—30 000 в 1 мм³ и меньше (при норме 250 000—350 000 в 1 мм³).

Лечение. Во время и непосредственно после кровотечения постельный режим. Вливание под кожу нормальной лошадиной сыворотки (до 100 мл) и хлористого кальция внутривенно по 10 мл; переливание крови, витамины С (аскорбиновая кислота) и К (викасол).

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день

Rp. Vicasoli 0,015
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Если болезнь прогрессирует, удаляют селезенку (спленэктомия), после чего часто наступает значительное улучшение (лечение малокровия см. *Анемия, лечение*).

ТУБЕРКУЛЕЗ КИШОК (TUBERCULOSIS INTESTINI). Большей частью является осложнением туберкулеза легких: туберкулезные палочки попадают в кишечник с проглоченной мокротой или гематогенным путем, вызывая воспаление слизистой, обычно с образованием язв (язвенный энтерит или энтероколит).

Симптомы и течение. Упорные поносы, часто не поддающиеся лечению, иногда чередующиеся с запорами. Боли в животе, урчание, метеоризм (вздутие живота). Испражнения с примесью скрытой крови и гноя, с резким тухлым запахом. Палочки Коха в испражнениях обычно не удается обнаружить. Состояние больного вследствие общей интоксикации, а также пониженного питания, значительно ухудшается. Плохой аппетит, повышенная температура, нарастающая слабость и анемия. Общее ослабление организма может повести в свою очередь к ухудшению легочного процесса, поэтому туберкулез кишок часто является конечной стадией туберкулеза легких.

Распознавание. Дифференцировать с неспецифическими острыми и хроническими кишечными катарами и кишечными инфекциями (хроническая дизентерия и др.).

Профилактика. Профилактика и лечение ранних форм легочного туберкулеза. Полноценное питание с достаточным количеством витаминов. Диететическое и симптоматическое лечение неспецифических поражений кишечника (энтериты, колиты) у больных туберкулезом. Укрепление

нервной системы путем отдыха, санаторного режима, физиотерапевтических процедур и т. д.

Лечение. Общеукрепляющее, ПАСК, фтивазид, стрептомицин (см. *Туберкулез легких*). Разнообразная и высококалорийная, но в то же время щадящая противопоносная пища (см. *Энтерит острый и хронический* и *Гастроэнтероколит острый*). В остальном — симптоматическое лечение. Режим постельный.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ (TUBERCULOSIS PULMONUM). Возбудитель — туберкулезная палочка (палочка Коха). Туберкулезная палочка проникает в организм главным образом через дыхательные пути и реже через кишечник. Источником заражения является в основном мокрота, выделяемая больными туберкулезом. Заражение происходит капельным путем через частицы мокроты и слюны, выделяемые больным при кашле, разговоре, чихании. Инфекция передается и контактным путем от соприкосновения с больным (через рукопожатия, поцелуи и пр.) и через предметы, окружающие больного, на которые попадают незаметные частицы мокроты (при пользовании с больным общей посудой, полотенцем, носовыми платками и пр.). Высохшая мокрота, превращаясь в пыль, также может вызвать заражение.

Кишечное заражение возникает при употреблении сырого молока от больных туберкулезом коров, пищевых продуктов, загрязненных мокротой больных, пользовании общими предметами домашнего обихода, загрязненных игрушек и пр.

Причины, ослабляющие организм, уменьшающие его сопротивляемость, способствуют развитию туберкулеза.

Формы и классификация туберкулеза. Основными патологическими процессами являются продуктивное (образование туберкулезной гранулемы или бугорка) и экссудативное воспаление.

На месте проникновения туберкулезных палочек образуется один или несколько очагов (первичный аффект). Вокруг очага развивается экссудативно-воспалительный процесс, который обычно распространяется на ближайшие лимфатические узлы. Первичный очаг вместе с пораженными лимфатическими узлами носит название первичного комплекса. Первичные очаги обычно заживают, рубцуются.

Повторное заражение происходит путем вторичного попадания туберкулезных палочек или путем их поступления из старого очага. При этом развивается воспалительный туберкулезный процесс — легочный инфильтрат, который может подвергнуться обратному развитию, рассасыванию с последующим рубцеванием или же распаду.

Очаговое продуктивное воспаление сопровождается значительным разрастанием соединительной (фиброзной) ткани — продуктивно-фиброзный туберкулез. Туберкулезный очаг может подвергнуться творожистому или казеозному распаду, вследствие чего образуются каверны (полости) — фиброзно-кавернозный туберкулез легких (легочная чахотка). При экссудативном воспалении (инфильтративная форма) в легочную ткань и альвеолы выделяется серозный экссудат. Также пневмонии образуются вокруг туберкулезных очагов и протекают как очаговые пневмонии, которые могут закончиться заживлением (рубцеванием) или распадом с образованием каверны. Иногда туберкулезная пневмония развивается остро с последующим творожистым распадом — казеозная пневмония (скоротечная чахотка). Если в ток крови попадает большое количество палочек, то происходит обсеменение многочисленными бугорками (мелкими очагами) не только легких, но и других органов (плевры, брюшины, кишечника, почек, мозговых оболочек и пр.) — возникает милиарный туберкулез.

Помимо формы туберкулеза, важно знать распространение процесса,

Для этого каждое легкое условно делят на три части, на три поля — верхнее, среднее и нижнее, которые соответственно обозначают 1, 2, 3. В числителе отмечают распространение процесса в правом легком, в знаменателе — в левом. Например, $\frac{1+2}{3}$ будет обозначать, что туберкулезный процесс наблюдается в верхнем и среднем поле правого легкого и в нижнем поле левого легкого.

Независимо от степени распространенности процесса последний может протекать медленно, без распада легочной ткани, или, наоборот, очень бурно, с быстрым распадом легочной ткани.

Если процесс выражается только в разрастании соединительной ткани, клинически болезнь мало проявляется и больной трудоспособен, то такой процесс обозначают буквой А (*компенсированный туберкулез легких*). Если имеется воспалительный легочный процесс с выделением мокроты, часто содержащей туберкулезные палочки, то его обозначают латинской буквой В (*субкомпенсированный туберкулез легких*). Бурно протекающий туберкулез с быстрым распадом легочной ткани обозначается латинской буквой С (*декомпенсированный туберкулез легких*).

При *открытых формах* туберкулеза в мокроте больных обнаруживаются туберкулезные палочки, обозначаемые БК +, при их отсутствии БК —. Наличие каверны условно обозначается буквами КВ.

Чтобы иметь ясное представление не только о диагнозе туберкулезного процесса, но и о его распространенности, о выделениях туберкулезных палочек, о степени компенсации, к диагнозу присоединяют соответствующие обозначения. Например, пишут так: «фиброзно-кавернозный туберкулез В $\frac{1+2}{0}$ БК +» (субкомпенсированный туберкулез легких в верхнем и среднем поле правого легкого с наличием туберкулезных палочек).

Симптомы. Для туберкулеза характерна ремиттирующая температура; в легких и хронических случаях — небольшие повышения температуры по вечерам (37,2—37,5°); в тяжелых (скоротечная чахотка, милиарный туберкулез) — температура по вечерам может доходить до 39—40° и носить характер гектической (изнуряющей) лихорадки. При нормальной или субфебрильной температуре — ночные *поты*, иногда холодные. При высокой температуре, гектической лихорадке бывают профузные (обильные) поты. *Кашель* может быть сухой или с выделением мокроты. Иногда частый и мучительный кашель сильно беспокоит больного, не дает ему спать, вызывает боли в грудной клетке. *Мокрота* слизистая, слизисто-гнойная и гнойная; при открытых формах в мокроте находятся туберкулезные палочки; в тяжелых случаях — при быстром распаде легочной ткани и наличии каверн — выделяется много гнойной мокроты с большим количеством палочек. *Кровохарканье* — результат разрушения стенок капилляров и мелких кровеносных сосудов, а *легочное кровотечение* — крупного сосуда. При вдохе кровь может попасть в здоровые части легких и вызвать аспирационную пневмонию с возникновением новых туберкулезных очагов. При поражении обоих легких наблюдается *одышка* (вследствие уменьшения дыхательной поверхности легких); одышка усиливается от присоединившейся слабости сердца. *Боль* при дыхании и кашле указывает на вовлечение в процесс плевры. Иногда боль бывает при сильном кашле вследствие напряжения мышц грудной клетки.

Наблюдается *ослабление деятельности сердца*: одышка усиливается, пульс становится частым, слабого наполнения.

Развивается понижение аппетита, похудание и общее истощение организма.

Перкуссия и аускультация. Притупление легочного звука наблюдается при воспалительных очагах, при разрастании фиброзной ткани, сморщивании легких вследствие рубцевания. Каверны значительной

величины дают тимпанический звук. Жесткое или бронхиальное дыхание выслушивается при уплотнении легочной ткани вследствие воспалительного или фиброзного процесса. При аускультации каверны выслушивается бронхиальное или амфорическое дыхание. В случае воспалительного процесса, особенно при экссудативных формах, выслушиваются различные сухие, влажные и крепитирующие хрипы.

Течение. Туберкулез может протекать самым различным образом: от легких форм, когда больной является практически здоровым и даже сам не подозревает о наличии болезни, до тяжелых (скоротечная чахотка, милиарный туберкулез), когда больной может погибнуть в течение нескольких месяцев.

Течение болезни зависит от бытовых условий (питание, жилище), соблюдаемого режима и отдыха, условий труда и проводимого лечения. Обычно периоды ухудшения сменяются периодами улучшения и даже видимого выздоровления. Обострения процесса наблюдаются чаще весной и осенью с последующим улучшением зимой и летом. Течение болезни резко ухудшается, если присоединяются различные осложнения: переход туберкулезного процесса с легкого на другие органы (кишечник, почки, брюшину и т. д.).

Наиболее тяжелые осложнения — туберкулезный менингит и милиарный туберкулез.

Распознавание. Туберкулез легких нужно отличать от других легочных заболеваний: бронхитов, пневмоний, абсцесса легкого, бронхоэктазов, пневмокониозов и пневмосклерозов.

В распознавании ранних форм туберкулеза большое значение имеет хорошо собранный анамнез: обнаружение контакта с туберкулезными больными, условия труда (пылевые профессии, переутомление) и быта (питание, жилищные условия, вредные привычки и пр.), ранее перенесенные болезни. Например, сухой или серозный плеврит неясного происхождения большей частью бывает туберкулезной этиологии. Иногда начальными симптомами являются признаки общей интоксикации: слабость, повышенная утомляемость, недомогание, ослабление аппетита, субфебрильная температура. Такой симптомокомплекс может наблюдаться и при многих нелегочных заболеваниях, сопровождающихся общей интоксикацией, например гаймориты, тонзиллиты, холециститы и т. д. Субфебрильная температура при туберкулезе характеризуется своим непостоянством, сменой вспышек различной длительности, периодами затихания процесса. Обычно лихорадку (повышение температуры) больные легко переносят. Часто повышена потливость, даже при нормальной температуре. Иногда первыми симптомами бывает небольшое покашливание, даже без мокроты, или кровохарканье и даже легочное кровотечение. Большое диагностическое значение имеют туберкулиновые пробы. При пробе Пиркета на кожную сгибательную поверхность предплечья наносят на расстоянии 2—3 см друг от друга четыре капли туберкулина различной концентрации (100%, 25%, 5% и 1%) и пятую — контрольную каплю (физиологический раствор). Через капли оспопрививательным ланцетом производят по две царапины.

Проба Манту (более чувствительная) основана на внутрикожном введении раствора туберкулина. Возникновение через 24—48 часов гиперемии и папулы размером от 0,5 до 1—2 см в диаметре указывает на положительную реакцию.

Точный диагноз иногда удается поставить только после нахождения в мокроте туберкулезных палочек или при рентгенологическом исследовании.

Туберкулезные палочки иногда находят только в промывных водах желудка или в слизи, снятой тампоном непосредственно из гортани.

Милиарный туберкулез, который иногда протекает без кашля и других легочных симптомов, можно смешать с брюшным тифом, сепсисом, эндокардитом.

Профилактика. Основная задача — оградить здоровых от проникновения инфекции. Мокроту больных нужно аккуратно собирать в специальные плевательницы и дезинфицировать лизолом (5% раствор), хлорамином (3% раствор).

Rp. Lysoli 5% 500,0
DS. Для дезинфекции мокроты

Rp. Sol. Chloramini 3% 500,0
DS. Для дезинфекции мокроты

Этими растворами также замачивают белье, которым пользовался больной. Плевательницы можно кипятить вместе с мокротой. Больного, выделяющего палочки, необходимо отделить от здоровых (отдельная комната, отдельная кровать, отгороженная ширмой; отдельная посуда, полотенце, носовые платки и пр.).

Больной, в особенности с открытой формой туберкулеза легких, должен чаще полоскать рот, часто мыть руки, иметь при себе карманную плевательницу для мокроты и пр. Солнечный свет, свежий воздух и чистота являются основными профилактическими мероприятиями против туберкулезной инфекции.

Закаливание организма, занятия физкультурой, холодные обтирания, здоровый образ жизни предохраняют от заболевания туберкулезом.

Среди новорожденных проводят вакцинацию против туберкулеза.

Большую профилактическую и лечебную работу ведут туберкулезные диспансеры.

Туберкулезные диспансеры, а на селе врачебные и фельдшерские пункты берут на учет в своем районе не только явно больных туберкулезом, но и всех подозрительных на туберкулез больных, а также живущих совместно с бацилловыделителями и проводят необходимые лечебные и профилактические мероприятия. Помимо лечебной работы, диспансеры ведут огромную санитарно-просветительную, профилактическую работу по оздоровлению труда и быта широких масс населения.

Лечение. Регулирование трудового режима; освобождение от работы на вредных производствах. Необходим достаточный отдых, здоровые жилищные условия, занятия легким спортом, закаливание организма. Пища должна быть разнообразной, богатой витаминами, содержать достаточное количество питательных веществ.

Самым лучшим лечением начальных и средних форм туберкулеза (компенсированных и субкомпенсированных) является санаторное и курортное лечение. Санаторное лечение имеет то преимущество, что больной временно освобождается от своих обычных занятий и проводит лечение под наблюдением врачей в санатории, расположенном за городом.

Кроме того, санаторное лечение имеет громадное воспитательно-просветительное значение: больной приучается соблюдать чистоту, собирать и дезинфицировать мокроту, вовремя питаться, вести регулярный образ жизни, измерять температуру и вообще более бережно относиться к своему здоровью.

Лечение больных туберкулезом на курорте — это то же санаторное лечение, но только в более благоприятном для них климате. Курорты устраиваются на юге, на берегу моря, в горах, в сосновых лесах или в степях, где больше света и чище воздух.

В степных курортах Башкирской АССР, Оренбургской области, Казахской ССР климатическое лечение сочетается с кумысолечением.

Кумыс — кобылье сброженное кислое молоко, содержащее от 1 до 3% алкоголя. Это вкусный, питательный, легко усваиваемый напиток; больные охотно его пьют. На кумыс рекомендуется направлять истощенных, ослабленных больных с плохим аппетитом.

На курорты направляют только больных, находящихся в состоянии компенсации и субкомпенсации. Нельзя посылать на курорты больных

с температурой выше 38°, с кровохарканьем, резкой одышкой и явлениямн резко выраженной сердечной недостаточностн. В санаториях, как и на курортах, больные часто выздоравлнвают.

В некоторых случаях наблюдается даже преимущество местного санаторного лечения, так как больные иногда быстрее выздоравливают в том климате, в каком они постоянно живут. Если причиной заболевания явились отрицательные условия труда больного, ему надо переменить свою профессию или место работы.

В тяжелых случаях туберкулеза, в стадин декомпенсации, больных направляют в туберкулезные больницы.

Против туберкулеза применяют стрептомицин, который оказывает хорошее действие при разных формах туберкулеза. Препарат вводят внутримышечно. Техника разведения и впрыскивания та же, что при пенициллине (см. *Абсцесс легкого*).

Обычная суточная доза стрептомицина 500 000—1 000 000 ЕД; это количество содержится в 0,5—1 г сухого стрептомицина. Инъекции производят 2 раза в сутки; всю суточную дозу делят на 2 инъекции. Кроме того, применяют препарат — парааминосалициловую кислоту (ПАСК), которую применяют внутрь от 7 до 15 г в сутки. Суточную дозу делят на 5—7 равных частей, которые дают в течение всего дня. Курс лечения составляет 2—4 месяца. Применяют также фтивазид.

Rp. Phthivazidi 0,5
D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

При сильном кашле дают наркотические средства (кодеин, дионин и иногда морфин). Для лучшего отхождения мокроты в показанных случаях применяют отхаркивающие (апоморфин, ипекакуана, сенега, термопсис) (см. *Абсцесс легкого, Бронхит острый*). Можно применять и терпингидрат в комбинации с наркотическими.

Лечение кровохарканья и легочного кровотечения см. *Кровотечение легочное.*

При ослаблении сердечной деятельности назначают кофеин, камфару, стрихнин, наперстянку. При начальном остром туберкулезе (кавернах, инфильтратах), особенно одностороннем, с успехом проводят лечение путем искусственного пневмоторакса (введение в полость плевры воздуха или азота). При наличии легочных каверн в некоторых случаях применяют хирургическое лечение. Благодаря широким лечебно-профилактическим мероприятиям и в особенности общему улучшению материально-бытовых условий заболевание туберкулезом у нас неуклонно из года в год снижается.

ХОЛАНГИТ см. *Холецистит.*

ХОЛЕЦИСТИТ. ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (CHOLECYSTITIS). ХОЛАНГИТ (CHOLANGITIS), ИЛИ АНГИОХОЛИТ (ANGIOCHOLITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. Причины: инфекция, которая может проникнуть в пузырь восходящим (кишечная инфекция) и гематогенным (гноеродные бактерии, гриппозная инфекция) путем; желчные камни, иногда паразиты (печеночная или кошачья двуустка), а также лямблии. Застой желчи в желчных протоках и пузыре способствует развитию в них кишечной инфекции.

Симптомы и течение. Боли в области правого подреберья, приступами и не всегда такими интенсивными, как при желчнокаменной болезни. Прощупывается набухшая, болезненная печень, иногда увеличенный и болезненный желчный пузырь. Диспепсические явления: тяжесть под ложечкой, вздутие живота, отрыжка, тошнота, иногда рвота. Запоры или поносы. Холециститы, не вызванные камнями, протекают без желтухи. Желтуха, обычно не интенсивная, наблюдается при холангитах, когда значи-

тельное количество набухших желчных протоков бывает закупорено воспалительным секретом (слизью). Температура, особенно в остром периоде, всегда повышена. При гнойном воспалении болезнь принимает тяжелую форму с высокой ремиттирующей лихорадкой. Иногда острый холецистит переходит в хроническую форму: температура нормальна, небольшая боль в области печени, нерезко выраженные диспепсические явления. Хронический холецистит, главным образом при нарушениях диететического режима, дает обострения.

Распознавание. Надо отличать от острых гепатитов различного происхождения, от язвенной болезни, гастрита, аппендицита. Не всегда можно установить, имеется ли одновременно и желчнокаменная болезнь.

Лечение. Покой, грелки, согревающие компрессы, теплые или горячие ванны. Пищевой режим и лекарственная терапия (см. *Желчнокаменная болезнь* и *Гепатиты острые*). Если холецистит вызван гноеродными бактериями, назначают курс лечения антибиотиками (левомицетин и пенициллин). В хронических и подострых случаях — повторное дуоденальное зондирование; после получения желчи (порция А) через зонд вводят в двенадцатиперстную кишку 50 мл 30% раствора сернокислой магнезии для получения пузырного рефлекса; в течение 1—2 часов откачивают желчь; под конец зондирования хорошо ввести дополнительно 200 мл 5% раствора сернокислой магнезии.

Как желчегонные средства хорошее действие оказывают аллохол (в то же время и послабляющее), хологон и холосас.

Rp. Tabul. Allocholi 0,3
S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день после еды

Rp. Chologoni 0,25
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Cholosasi 250,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день за 10—15 минут до еды

Кроме того, назначают дезинфицирующие средства: салол, уротропин, иногда с белладонной. При наличии лямблий в желчном пузыре и желчных путях — акрихин (по 0,1 г 3 раза в день в течение 5 дней). Лучше акрихин вводить непосредственно в двенадцатиперстную кишку через дуоденальный зонд: 0,3 г акрихина на 10—20 мл воды, через час — внутрь 30 г слабительной соли (вводят через 2 дня на 3-й; в промежутках — в порошках).

Через 7—10 дней курс лечения акрихином можно повторить, при гнойном холецистите — оперативное удаление желчного пузыря.

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ. ГЕПАТИТЫ ХРОНИЧЕСКИЕ. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ (CYRRHOSIS HEPATIS, HEPATITIS CHRONICA). Острые гепатиты и в первую очередь болезнь Боткина часто переходят в хроническую форму (хронический гепатит). Другие инфекции (малярия, туберкулез, сифилис, бруцеллез) тоже могут вызывать хронический гепатит. Вследствие длительного раздражения печени инфекционными токсинами происходит воспаление печеночной паренхимы, сопровождающееся атрофией печеночных клеток с последующим разрастанием соединительной ткани, которая, уплотняясь, сморщивается, образуя рубцы. Этот патологический процесс называется циррозом. Различные химические яды, в том числе и алкоголь, вызывают дистрофические изменения в печеночной паренхиме с последующей атрофией печеночных клеток, что тоже приводит к циррозу.

В некоторых случаях, вследствие значительного разрастания соединительной ткани в печени, она значительно увеличена, в других, когда печеночная ткань атрофируется и замещается соединительной тканью, она уменьшена вследствие ее сморщивания (рубцевания). Отсюда различают

гипертрофический и атрофический цирроз печени. Известен также сифилитический цирроз печени (см. *Сифилис печени*). При недостаточности сердца печень набухает, увеличивается, образуется так называемая застойная печень. При продолжительном застое в печени развиваются цирротические изменения — так называемый сердечный цирроз печени, наблюдающийся при пороках сердца, как следствие продолжительной хронической недостаточности сердца (правого желудочка).

Симптомы и течение. Цирроз печени — медленно развивающаяся хроническая болезнь. При гипертрофическом циррозе — большая плотная печень, желтуха; при атрофическом — печень увеличена в начале болезни, а затем становится меньше; вследствие сдавления воротной вены развивается асцит. При этих циррозах всегда увеличена селезенка. Под кожей живота видны расширенные вены («голова Медузы»). Больные жалуются на слабость, худеют, теряют аппетит, у них развивается малокровие; впоследствии присоединяется одышка и ослабление сердечной деятельности.

При сердечном циррозе наблюдаются признаки сердечной недостаточности, плотная, гладкая печень, постепенно развивающийся асцит; селезенка обычно не увеличена.

Лечение. Запретить алкоголь. При наличии сифилиса, туберкулеза, малярии энергично лечить эти заболевания. Пища преимущественно молочно-растительная, легкая, питательная, не раздражающая (см. *Болезнь Боткина*). При асците — постельное содержание, мочегонные (в том числе и меркузал) и сердечные средства. При большой водянке живота выпускают жидкость путем прокола живота.

ЦИНГА (SCORBUTUS). Развивается при отсутствии или недостатке в организме витамина С (аскорбиновая кислота) (см. *Авитаминозы, гиповитаминозы*). В практике чаще приходится сталкиваться с гиповитаминозом С у больных инфекционными и другими болезнями (в особенности желудочно-кишечными), у беременных женщин.

Симптомы и течение. Характерно поражение десен: краснота, припухание, разрыхление, кровоточивость и болезненность. Зубы расшатываются, иногда выпадают. Изо рта — дурной, гнилостный запах. В коже, мышцах, суставах — кровоизлияния.

Болезнь развивается постепенно: появляется общая слабость, боли в ногах и спине, исчезает аппетит. В легких случаях болезнь может закончиться в течение 1—2 недель, в тяжелых — больные погибают от значительных кровотечений и общего истощения.

Профилактика и лечение. Противоцинготная, содержащая витамин С пища, в состав которой входят свежие овощи, фрукты и ягоды: капуста, шпинат, помидоры, морковь, лимоны, апельсины, черная смородина, шиповник, салат, картофель, лук, чеснок, хрен, редька, а также пивные дрожжи.

Вследствие болезненности десен и слабости зубов пища должна быть жидкой или во всяком случае мягкой: витаминные соки, приготовленные из указанных овощей, фруктов и ягод.

Аскорбиновую кислоту назначают в чистом виде, в повышенной дозировке.

Rp. Acidi ascorbinici 0,3
Sachari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 10,0
Sterilisetur!
DS. По 2—5 мл (внутримышечно или внутривенно) 2—3 раза в день

При воспалении десен см. *Заболевание зубов и полости рта, лечение.* При воспалении суставов — согревающие компрессы.

ЭМПИЕМА см. *Плеврит гнойный.*

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ (EMPHYSEMA PULMONUM). Расширеиие легких, вызваииое растяжеиием легочных альвеол воздухом. Различают острую и хроиическую эмфизему. Острая змфизема (острое расширение легких) иаблюдается во время приступа броихиальиой астмы. К острой эмфиземе отиосится компенсаториая эмфизема, которая появляется в здоровом легком, когда другое легкое вследствие воспалеиия или сжатия ие приинмает участия в дыхаиии. Компеисаториая змфизема может развиться и при хроиических заболеввниях (пиевмосклероз, туберкулез легких и др.). Собствеино эмфизема легких — хроиическая змфизема, при которой легочная ткаиь вследствие постояиного растяжеиия теряет свою эластичиость и ие в состоянии при выдохе спадаться до нормы.

Развитию эмфиземы способствует врожденное иедостаточиое развитие эластической ткани в легких, а также ослаблеине эластичиости легких в ствргческом возрасте.

Симптомы и течеиие. Грудная клетка расширена и приподията, имеет бочкообразиый вид. Первый признак эмфиземы — одышка, которая вначале появляется при усиленной работе, быстрой ходьбе, а затем все более и более усиливается. Эмфизема почти всегда, особеиио в двлеко зашедших случаях, сопровождается бронхитом (кашель, выделеиие мокроты). При перкуссии — коробочиый звук, иижние границы легких опущеиы. При аускультации — ослаблеиное дыхаиие, местами сухие и влажные хрипы. Вследствие изменений в легких затрудняется легочиое кровообращеиие, отчего увеличивается сердечная иагрузка, развивается иедостаточность сердца со всеми ее симптомами — легочное сердце *(см.)*. Одышка усиливается, появляется цианоз, отеки ног, асцит.

Распознаваиие на основвнии анамнеза и приведенных симптомов.

Профилактика и лечеиие. Устраиеиие по возможиости причин, вызвавших эмфизему. Освободить больного от тяжелой работы, влияния пыли, едких газов и пр. Запретить куреиие и употреблеиие спиртиых иапитков.

Лечеиие бронхита: баики, средства, успокаивающие кашель; при иеобходимости отхаркивающие. При осложиеиии сердечиой иедостаточиостью — укреплеиие сердечной мышцы. При резкой одышке, цианозе и отеках — постельиое содержание, приподиятое положеиие, чистый свежий воздух; иа грудиую клетку — банки, горчичники; внутрь — иаперстянка (Digitalis), диуретии, горицвет (Adonis), под кожу — камфара, кофеин, стрихиин (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*).

При циррозе — пиявки за уши или к копчику (6—8 пиявок) или кровопускаиие (200—300 мл) с последующим вливаиием в вену раствора глюкозы или глюкозы со строфантиином; дышать кислородом.

ЭНДОКАРДИТ (ENDOCARDITIS). Различают две осиовные формы эидокардита: ревмвтический и септический. Ревматический эидокардит, как и ревматическое поражение суставов, большей чвстью является следствием бывшей вигииы, особеиио стрептококковой. Острый септический эидокардит вызывается стрептококком и реже другими гиоеродными возбудителями (стафилококками, пневмококками, гоиококками) и протекает как сепсис. Чаще наблюдается затяжиой септический эидокардит (endocarditis lenta), вызываемый обычио зелеиящим стрептококком и возиикающий часто у больных с ревматическим пороком сердца.

Симптомы и течеиие. Клиинчески зидокардиты делят иа доброкачественные (ревматические) и злокачествеииые (септические). При ревматическом эидокардите поражается чаще митральный клапаи, а при септическом — аортальиые. Ревматический эндокардит протекает ииогда срввиительио легко, с иебольшими повышениями темпервтуры ремиттирующего характера. При остром септическом эидокардите температурв может приинмать гектический харвктер, повышаясь по вечерам до 39—40°.

При затяжиом септическом эидокардите температура может быть и субфебрильиая. При эидокардитах наблюдаются сердцебиеиие, боли

в области сердца, учащенный, легко возбудимый, неустойчивый пульс. К эндокардитам большей частью присоединяется одновременное поражение миокарда (острый миокардит) и тогда появляются признаки сердечной недостаточности. В тяжелых случаях бывают отеки и цианоз.

Высокая температура и общая интоксикация вызывают головные боли, головокружение, общую слабость, потерю аппетита, малокровие, похудание. При септическом эндокардите наблюдается увеличение селезенки и значительный лейкоцитоз. При затяжном септическом эндокардите, наоборот, лейкопения. Септический эндокардит может осложниться нефритом. Тяжелым осложнением является эмболия — закупорка мелких артерий тромбом, оторвавшимся от стенки эндокарда и занесенным током крови в различные органы. При закупорке венечных или крупных мозговых сосудов может наступить моментальная смерть, а при закупорке концевых артерий сердца, почек, селезенки в них образуются инфаркты. Эмболии обычно бывают при септических эндокардитах.

Ревматический эндокардит обычно заканчивается выздоровлением, но часто сопровождается различными осложнениями. В большинстве случаев после эндокардита остается порок сердца. Присоединившийся острый миокардит значительно ухудшает течение болезни. Кроме того, ревматический эндокардит может давать рецидивы — возвратный эндокардит (endocarditis recurrens). Острый септический эндокардит протекает с резко выраженными тяжелыми явлениями. Затяжной септический эндокардит (endocarditis lenta) протекает с нерезко выраженными, но постоянно прогрессирующими симптомами: общей слабостью, недостаточностью сердца, присоединившимися осложнениями.

Лечение. При ревматическом эндокардите — салициловые препараты, пирамидон (см. *Полиартрит ревматический острый*). При септическом эндокардите пенициллин, часто в комбинации с другими антибиотиками (см. *Лечение пенициллином и другими антибиотиками абсцесса легкого*), а также кортизоном или АКТГ, что иногда дает даже в тяжелых случаях положительный эффект. В остальном лечение такое же, как и при остром миокарде *(см.)*. Лечение сердечной недостаточности см. *Сердечно-сосудистая недостаточность*.

ЭНТЕРИТ ОСТРЫЙ, ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКИХ КИШОК (ENTERITIS ACUTA). Энтерит обычно бывает одновременно с гастритом или колитом (гастроэнтерит или энтероколит) или с тем и другим (гастроэнтероколит). Причины острого энтерита могут быть те же, что и острого гастрита (см. *Гастрит острый, Гастроэнтероколит острый*) или острого колита (см. *Колит острый*). Нужно помнить, что острый энтерит наблюдается и при острых кишечных инфекционных заболеваниях: брюшном тифе и паратифах, холере, туберкулезе кишечника.

Симптомы и течение. Основной признак — понос. Испражнения жидкие или кашицеобразные, большей частью обильные, не очень частые, смешанные со слизью. Энтериты нередко сопровождаются диспепсией бродильной (пенистые испражнения без особого запаха, отхождение большого количества газов) и реже — гнилостной (гнилостные, вонючие испражнения и газы). При энтеритах часто нарушается пищеварение в тонком кишечнике: в испражнениях много непереваренных мышечных волокон, капелек жира, крахмальных зерен; живот вздут, при пальпации небольшая разлитая болезненность.

При инфекционных энтеритах, как и при колитах, наблюдаются повышенная температура, доходящая до 39—40°, и явления общей интоксикации: потеря аппетита, головная боль, общая слабость, обложенный язык, помрачение сознания, судороги (при значительном обезвоживании организма). Острый энтерит при правильном лечении и уходе прекращается большей частью в течение нескольких дней; иногда он переходит в хронический. Острые энтериты, наблюдающиеся при брюшном тифе, паратифах, туберкулезе кишечника, имеют своеобразные симптомы и течение.

Распознавание. Изолированный острый энтерит нужно дифференцировать с острым гастритом и колитом, а также хроническим энтеритом и инфекционными энтеритами (брюшнотифозным, паратифозным, туберкулезным).

Лечение (см. *Колит острый, лечение. Гастроэнтероколит, лечение*). При нарушении пищеварения — соляная кислота с пепсином и панкреатин (по 0,5 г 3 раза в день после еды).

Rp. Acidi hydrochlorici diluti
Pepsini āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке перед или во время еды

ЭНТЕРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКИХ КИШОК (ENTERITIS CHRONICA). Часто протекает одновременно с колитом (энтероколит), а потому и причины его будут те же (см. *Колит хронический*; *Энтерит острый*). Причиной хронического энтерита могут быть также лямблии.

Симптомы и течение сходны с хроническим колитом: поносы, но более редкие, чем при остром энтерите, имеющие характер бродильной диспепсии, пенистые испражнения со слизью и большим количеством непереваренной пищи, отходит большое количество газов; развивается метеоризм, который сильно беспокоит больных. Больные жалуются на тяжесть в животе, урчание и небольшие боли. Живот вздут, умеренно болезнен при пальпации.

Лечение см. *Колит хронический, Энтерит острый*.

ЭРИТРЕМИЯ. ЭРИТРОЦИТОЗ (ПОЛИЦИТЕМИЯ). Эритроцитозом называется повышенное содержание эритроцитов в крови как симптом какой-либо другой болезни или как приспособительная реакция организма при гипоксемии, при кислородном голодании. Так, у горных жителей, у альпинистов, у летчиков повышается количество эритроцитов. Эритроцитоз наблюдается также у цианотичных сердечных и легочных больных, при правожелудочковой недостаточности сердца (пороки сердца, эмфизема легких, пневмосклероз и др.). При эритроцитозе количество эритроцитов в крови повышается до 6 000 000 и больше в 1 мм^3. Эритремия — заболевание кровотворных органов, при котором увеличивается образование в костном мозгу эритроцитов и наблюдается повышенное их содержание в периферической крови. Этиология болезни неясная.

Симптомы и течение. Больные жалуются на приливы к голове, чувство жара, общую слабость, головные боли, головокружение, боли в костях.

Кожа больных розовая, лицо и конечности багрово-красные (вишневокрасные), глаза, «налитые кровью», увеличены селезенка и печень. Диагноз становится ясным после исследования крови. Количество гемоглобина 100—120% и выше при пониженном цветном показателе, количество эритроцитов доходит до 6 000 000—8 000 000 в 1 мм^3 и выше. Вязкость крови и свертываемость ее повышены. Часто наблюдаются тромбозы сосудов и кровотечения. Болезнь развивается постепенно и протекает хронически. Продолжительность болезни 4—5 лет и больше. Больные часто погибают от тромбоза сосудов жизненно важных органов (мозговых, внутрибрюшных, сердечных и других сосудов), а также от кровотечений (системы воротной вены и т. д.).

Лечение — симптоматическое. Повторные систематические кровопускания и пиявки временно облегчают состояние больных.

Для подавления повышенной функции костного мозга применяют рентгенизацию костей. Назначают больным в больших дозах мышьяк как гемолитическое средство, вызывающее распад эритроцитов.

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri
Aq. Menthae āā 10,0
MDS. По 10—20 капель 3 раза в день после еды!

Rp. Sol. Natrii arsenicici 1% 1,0
D. t. d. N. 30 in amp.
S. По 1—2 мл ежедневно подкожно. Курс лечения 20—30 инъекций

Для понижения свертываемости крови назначают дикумарин (только при обязательном лабораторном регулярном контроле протромбинового времени).

Rp. Dicumarini 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ULCUS VENTRICULI ET DUODENI). Психические переживания, психические травмы и контузии играют большую роль в возникновении язвенной болезни.

Перевозбуждение высших нервных центров (коры головного мозга) вызывает повышенную возбудимость вегетативной нервной системы, что приводит к сосудистым и мышечным спазмам желудка, которые ведут к нарушению питания стенки его и образованию язв. Образованию язвы способствует также нерегулярное питание, грубая и трудно перевариваемая пища, алкоголь, курение (никотин); закупорка или сужение кровеносных сосудов желудка при эмболии или склерозе.

Язвы чаще образуются около выхода желудка (в пилорической части), по малой кривизне или в двенадцатиперстной кишке, причем они бывают разной величины. Язва может проникать до мышечной и даже серозной оболочки и давать прободение.

Симптомы и течение. Основной симптом — сильная боль в виде приступов в подложечной области, часто отдающая в спину. Характерна периодичность болей. Боли возникают вскоре после приема (через ½—1 час) или позже (через 2—3 часа) грубой, кислой, соленой и трудно перевариваемой пищи (жирное жареное мясо, сдобные пироги и пр.). При язве двенадцатиперстной кишки наблюдаются также голодные и ночные боли. Язва сопровождается отрыжкой, изжогой, тошнотой и рвотой. В большинстве случаев имеется повышенная кислотность. При небольших желудочных кровотечениях рвоты может не быть; тогда кровь поступает в кишечник и ее можно обнаружить при химическом исследовании испражнений; при значительном количестве крови в кишечнике испражнения приобретают темный, дегтеобразный цвет. Продолжительные или обильные кровотечения вызывают общую слабость, малокровие, похудание. При значительном кровотечении (кровавой рвоте) могут наступить явления коллапса, нитевидный пульс или полное его исчезновение, падение кровяного давления, резкое побледнение покровов, похолодание конечностей. Очень важно рентгенологическое исследование, при котором в большинстве случаев обнаруживается характерная для язвы «ниша» (контрастная масса заполняет углубление в слизистой желудка, образованное язвой).

Язвенная болезнь может протекать хронически, годами, несильно беспокоя больного; в некоторых случаях язвы зарубцовываются, но часто спустя даже несколько лет появляются вновь; в других случаях наблюдаются периодические ухудшения и улучшения в состоянии больного. Рубцы вызывают сужение привратника, что ведет к затруднению, а иногда и полному прекращению эвакуации пищи из желудка. При прободении язвы возникает острый гнойный перитонит.

Распознавание. Язвенную болезнь следует дифференцировать с другими желудочными заболеваниями (гастриты, рак желудка), а также заболеваниями соседних органов, сопровождающимися приступами боли: холецистит, желчнокаменная болезнь, почечная колика, острый аппендицит, непроходимость кишечника, перитонит. Очень важное значение имеет язвенный анамнез.

Лечение. При острых явлениях язвенной болезни — покой (постельный режим) и диета. Ввиду того что в развитии язвенной болезни большую роль играет нервная система, нужно создать для таких больных спокойную обстановку, чтобы они не возбуждались, и т. д.

В развитии язвенной болезни первенствующую роль играет перевозбуждение центральной нервной системы, а поэтому если больные слишком возбудимы, плохо спят, то назначают средства, успокаивающие нервную систему (бромиды, люминал, барбамил и др.).

Стол должен быть механически и химически щадящим. Необходимо частое питание небольшими порциями (5—6 раз в день). Пища приготовляется исключительно в протертом или размолотом виде с ограничением поваренной соли (соль повышает секрецию желудочного сока). Из пищи исключаются всякие пряности и приправы. Сначала дают молоко, сливки, сливочное масло, слизистые супы, яйца всмятку, кисели (некислые), протертые каши, затем прибавляют белые сухари, паровые котлеты, компоты из вареных протертых ягод и фруктов, затем — белый черствый хлеб, картофельное пюре, вареное и размолотое нежирное мясо или рыбу, вареные протертые овощи и фрукты. Первые 7—10 дней назначается постельный режим. Курс лечения продолжается в среднем 1—1½ месяца — до тех пор, пока не пройдут острые явления. При болях — грелки, припарки, согревающие компрессы.

Из лекарственных средств назначают атропин, платифиллин (белладонну), щелочи, висмут, азотнокислое серебро, витамины C, B_1.

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 15,0
DS. По 5—10 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Natrii bicarbonici
Magnesiae ustae āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день до еды

Rp. Bismuthi sulfurici 1,0
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в день перед едой

Rp. Sol. Argenti nitrici 0,2 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день за ¼ часа до еды

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,005
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день до еды

Нельзя азотнокислое серебро давать продолжительное время, так как серебро откладывается в тканях и кожа на открытых частях тела приобретает серую окраску (аргироз).

При желудочном кровотечении (кровавой рвоте или дегтеобразном стуле): абсолютный покой, на подложечную область пузырь со льдом; внутривенно хлористый кальций или хлористый натрий. При значительном кровотечении: переливание 100—200 мл крови, а иногда и больше; первые 1—2 дня больному не дают ни пить, ни есть; глюкоза — в небольших капельных клизмах или внутривенно; при сильной жажде — полоскать рот при условии обязательного выплевывания воды. После окончания кровотечения (или при его уменьшении) на 2—3-й день дают пищу только в

холодном виде и небольшими порциями: сливки чайными ложками, кусочки сливочного масла (несоленого), яичные белки. Затем постепенно переходят к питанию, указанному выше. Самое правильное при кровотечениях — госпитализация, лучше в хирургические отделения.

При хроническом течении язвы лечение приблизительно то же, что и при хроническом гастрите с повышенной кислотностью. Основой лечения продолжает оставаться соответствующая диета и определенный режим, щадящий нервную систему. Хорошее действие оказывает курортное лечение в Железноводске, Ессентуках или Боржоми. Категорически запрещается курить и употреблять алкоголь. Если язва полностью зарубцуется и в течение года будут отсутствовать все клинические явления, можно постепенно переходить на общий режим, однако тяжелых физических напряжений следует избегать.

К хирургическому лечению прибегают, когда повторное продолжительное консервативное лечение не оказывает действия, при повторных кровотечениях и рубцовых сужениях привратника.

ГЛАВА II

ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ

ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ — заболевание, вызываемое воздействием ионизирующих излучений на организм человека, характеризующееся развитием нервно-дистрофических процессов с преимущественным нарушением функции кровотворения.

Глубоко проникающие излучения (гамма-лучи, рентгеновы лучи, поток нейтронов) могут вызвать лучевую болезнь при внешнем воздействии на человека. Мало проникающие излучения (альфа- и бета-частицы) вызывают лучевую болезнь лишь при внутреннем воздействии, т. е. тогда, когда радиоактивные вещества, испускающие эти лучи, попадают внутрь организма или через органы дыхания и пищеварительный тракт, или через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (инкорпорирование радиоактивных веществ).

Лучевая болезнь развивается лишь в случае воздействия на организм человека больших доз ионизирующих излучений, значительно превышающих так называемые допустимые. Минимальной дозой однократного внешнего общего облучения человека, от которого может развиться лучевая болезнь, является доза примерно в 100 рентгенов, а при попадании радиоактивных веществ внутрь организма эта доза составляет 0,1—0,2 милликюри (по радиоактивному стронцию). В специальных учреждениях и лабораториях, работа в которых связана с источниками ионизирующих излучений, лучевая болезнь может возникнуть у обслуживающего персонала только при систематическом нарушении допустимых норм облучения свыше 0,05 рентгена за рабочий день.

Симптомы и течение. В зависимости от характера воздействия проникающих излучений различают две основные формы лучевой болезни: 1) острую, чаще развивающуюся при больших дозах однократного облучения, и 2) хроническую, возникающую под влиянием повторных или систематических облучений в небольших дозах, но превышающих предельно допустимые. Острая форма характеризуется своеобразной периодичностью клинического течения.

Первый период, или так называемая первичная реакция, выражается в общем недомогании, головокружении, тошноте, рвоте, поносе. В наиболее тяжелых случаях эта реакция носит характер шока. Чем больше доза воздействия излучений, тем раньше и тяжелее проявляется первоначальная реакция и дольше продолжается.

Через 1—3 суток первичная реакция стихает, общее состояние внешне улучшается и видимых проявлений заболевания не наблюдается. Таков второй период клинического течения болезни, называемый периодом «кажущегося благополучия», или скрытым периодом. Продолжается он, в зависимости от дозы облучения, от нескольких дней до 2—3 недель. Чем больше доза облучения, тем этот период короче, а при чрезмерно больших дозах он может отсутствовать.

Во втором периоде, несмотря на внешнее благополучие, определяется постепенно нарастающее торможение функции кровотворения, что сказы-

вается в развитии лимфоцитопении, лейкопении, ретикулоцитопении и тромбоцитопении.

В третьем периоде (выраженных клинических проявлений заболевания) развивается весь характерный симптомокомплекс лучевой болезни. Резко ухудшается общее самочувствие больного. Развиваются желудочно-кишечные расстройства — тошнота, рвота, извращение или исчезновение аппетита, понос; наступает исхудание со значительным понижением веса тела.

Возникают кровоизлияния — наиболее тяжелое проявление лучевой болезни. На коже и видимых слизистых оболочках кровоизлияния наблюдаются в виде петехий и экхимозов. Различного вида кровоизлияния отмечаются во всех органах и тканях, особенно в желудке, кишечнике, легких. В слизистой полости рта, желудка и кишечника, особенно на местах кровоизлияний, появляются язвенно-некротические изменения. Часто изъязвляются миндалины, покрываясь грязно-серым налетом (некротическая ангина). Нередко развивается гингивит или стоматит.

На больших участках головы, груди, лобка выпадают волосы (эпиляция).

Температура тела повышается до 40° с десятыми и не снижается вплоть до периода разрешения болезни.

Лучевой болезни часто сопутствуют осложнения инфекционного характера. Почти в 50% случаев при тяжелом течении лучевой болезни встречаются легочные осложнения (очаговые пневмонии, абсцессы).

В этом периоде глубоко поражаются органы кроветворения, что находит выражение в значительном изменении морфологических элементов периферической крови количественного и качественного характера. Резко прогрессирует уменьшение количества лимфоцитов и лейкоцитов. Уменьшается количество эритроцитов, падает процент гемоглобина — у больных развивается резкая анемия. В клетках крови определяются характерные патологические явления (токсическая зернистость и фрагментоз ядер нейтрофилов, вакуолизация ядер и протоплазмы, распад ядер и клеток и др.).

Наибольшую опасность для жизни больного в третий период заболевания представляют кровоизлияния и инфекционные осложнения. Третий период продолжается обычно 2—4 недели и при благоприятном течении заболевания сменяется четвертым периодом — периодом восстановления (выздоровления).

Начало четвертого периода заболевания проявляется в нормализации температуры тела, которая может снижаться критически и литически. Улучшается общее состояние больного, нормализуются показатели периферической крови. Период восстановления может длиться неделями и месяцами.

В течении острой лучевой болезни, возникающей при попадании радиоактивных веществ внутрь организма, имеются некоторые клинические особенности: менее выраженная кровоточивость кожи, непостоянство эпиляции, более продолжительный лейкоцитоз в начале заболевания, а главное, большое количество воспалительно-некротических изменений в местах прохождения, выделения и отложения радиоактивных веществ.

При попадании радиоактивных веществ на поверхность кожи могут развиться кожные поражения, так называемые лучевые ожоги кожи.

Тяжесть клинического течения острой лучевой болезни различна и зависит от полученной дозы ионизирующего излучения и от состояния организма в момент облучения.

Доза в 600—700 рентгенов при однократном внешнем облучении человека является для него смертельной. Доза в 400—500 рентгенов вызывает развитие тяжелой острой лучевой болезни III степени со смертельным исходом в 50% случаев. Дозы от 100 до 300 рентгенов обычно вызывают острую лучевую болезнь I степени (легкую) или II степени (средней тяжести) и не приводят к смерти.

С наиболее резко выраженными симптомами протекает лучевая болезнь III степени, когда при отсутствии своевременных лечебных мероприятий может наступить смертельный исход через 2—3 недели после облучения.

Лучевая болезнь II степени развивается значительно медленнее, типичные симптомы выражены слабее, выздоровление при активном лечении может наступить через 2—3 месяца.

Лучевая болезнь I степени протекает с нерезко выраженными внешними клиническими проявлениями, преимущественно с небольшими изменениями в периферической крови.

Хроническая лучевая болезнь всегда проявляется сначала в виде I степени поражения, с легкими, обратимыми нарушениями, которые малохарактерны и неспецифичны для воздействия проникающих излучений.

К клиническим проявлениям хронической лучевой болезни I степени можно отнести общую слабость, систематические головные боли, ухудшение аппетита, бессонницу, раздражительность. Нервная система характеризуется вегетативной лабильностью. Наиболее существенным признаком лучевой болезни в таких случаях является изменение состава белой крови (развитие лейкопении при преобладающем уменьшении лимфоцитов).

Углубление всех указанных клинических проявлений характеризует переход I степени хронической лучевой болезни во II степень. Патологические расстройства оказываются более генерализованными. Количество лейкоцитов обычно падает ниже 2000 в 1 мм³. При III степени все симптомы становятся более выраженными, появляется кровоточивость, количество лейкоцитов еще более снижается, развивается анемия. Весь симптомокомплекс хронической лучевой болезни III степени очень сходен с картиной клинических проявлений в третьем периоде острой лучевой болезни.

Ранняя диагностика лучевой болезни основана прежде всего на данных анамнеза (характер воздействия проникающих излучений, срок пребывания в зоне излучений, тип излучений и пр.). Существенное значение имеют сведения о вероятной дозе излучения, поглощенной пострадавшим человеком. Такие сведения можно получать при наличии индивидуальных дозиметров у пострадавших лиц. Большое значение в случаях острой лучевой болезни имеют ранние клинические проявления — характер, тяжесть и продолжительность первичной реакции, особенно такой симптом, как рвота. В дальнейшем, на протяжении 3—5—7 дней поражения, достоверные диагностические данные об острой лучевой болезни можно получить на основании гематологических исследований периферической крови.

Лечение. Первыми неотложными лечебными мероприятиями в случаях поражения людей радиоактивными веществами являются вынос пострадавших из зоны радиоактивного заражения, удаление радиоактивных веществ с тела путем санитарной обработки и удаление внедрившихся радиоактивных веществ. Мероприятия по удалению таких радиоактивных веществ по существу те же, что и при обычных пищевых отравлениях: промывание желудка, применение рвотных средств или механическое вызывание рвоты, дача слабительных (лучше сернокислой магнезии) с обязательным предварительным приемом адсорбента (100 г сернокислого бария, разведенного в стакане кипяченой воды), а при внедрении радиоактивных веществ через дыхательные пути — дополнительное применение отхаркивающих препаратов в обычной прописи.

Чрезвычайно важен тщательный уход за такими пострадавшими: общая и личная гигиена, наблюдение за чистотой кожи (систематические обмывания) и состоянием полости рта (полоскания и осторожное протирание слизистых оболочек).

Все указанные лечебные мероприятия являются предупредительными, они проводятся во избежание дополнительного поражения человека проникающими излучениями осевших на теле или инкорпорированных радиоактивных веществ.

Всем больным лучевой болезнью обеспечивается максимальный покой и тщательный уход.

В дальнейшем лечебные мероприятия проводятся по принципу комплексной восстановительной терапии, как и при лучевой болезни, возникающей под влиянием только внешнего облучения, без радиоактивного заражения. Комплексная терапия осуществляется в строго индивидуальном порядке, в полном соответствии со степенью тяжести лучевой болезни, сроками и характером проявления важнейших симптомов заболевания.

Уже в период первичной общей реакции необходимо обеспечить пострадавшим строгий постельный режим, физический и моральный покой, а также полноценное по качеству и количеству питание, богатое витаминами. Целесообразно в рацион таких больных вводить простоквашу, так как она способствует подавлению рано развивающейся при лучевой болезни неблагоприятной кишечной микрофлоры и снижению интоксикации организма. При потере аппетита или при отказе больных от приема пищи необходимо применять по рекомендации врача парентеральное питание. При явлениях ахилии показана сокогонная диета (бульон, овощи, ягоды).

В качестве важнейших и основных медикаментозных средств рекомендуется применять следующие препараты (по периодам заболевания).

В первом-втором периоде: промедол (2%) и новокаин (0,5%) — при выраженной первичной реакции, антигистаминные препараты (например, димедрол по 0,05—0,1 г внутрь 2—3 раза в день); комплекс витаминов (B_1, B_6, PP, C) или поливитамины, обязательно с удвоенной дозой витамина C; антибиотики (пенициллин и, по показаниям, стрептомицин и биомицин) — при лучевой болезни III степени с первого дня поражения.

В третьем периоде: димедрол; более энергичное применение указанного комплекса антибиотиков в форме соединений, медленно выделяющихся из организма; антигеморрагические средства: 10% хлористый кальций внутривенно по 10—15 мл; викасол по 15—20 мг внутрь в течение 3—4 дней, в более тяжелых случаях — переливание плазмы или плазмы с глюкозой, а также трансфузия тромбоцитной массы; кровезамещение — цельная глюкозо-цитратная кровь (обязательная проба на совместимость!), лейкоцитная и эритроцитная взвеси, а также полиглюкин (декстран).

В четвертом периоде: стимуляторы кровотворения, витамины, усиленное питание, умеренная гигиеническая гимнастика.

В последние годы рекомендованы для применения с профилактической целью препараты меркамина или бекаптана, например салициловокислый меркамин в виде таблеток по 0,2—0,3 г внутрь, за 30—60 минут до облучения.

ГЛАВА III

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

АМЕБИАЗ, ДИЗЕНТЕРИЯ АМЕБНАЯ (AMOEBIASIS) — острое протозойное заболевание, склонное принимать хроническое течение. В СССР встречается преимущественно в Средней Азии и Закавказье.

Возбудитель кишечного амебиаза — гистологическая энтамеба (Entamoeba histolytica) — относится к типу одноклеточных организмов (простейших).

В стадии острых проявлений амебиаза при наличии язвенного поражения слизистой оболочки толстых кишок испражнения больного содержат гистологические амебы, которые можно обнаружить как в свежих слизисто-кровянистых испражнениях при микроскопическом исследовании, так и на окрашенных препаратах слизисто-кровянистых испражнений больного.

Для дифференциации гистологических амеб от часто встречающихся в кишечнике здоровых людей и вполне безвредных кишечных амеб (Entamoeba coli) следует при микроскопии пользоваться рисунками этих простейших, приведенными в руководствах по лабораторным методам исследования.

Выделяясь с испражнениями больных во внешнюю среду, цисты гистолитических амеб могут сохраняться в них длительное время, так же как и в зараженной ими воде.

Заражение человека наступает при попадании в его пищеварительный тракт цист дизентерийной амебы (через загрязненные руки, через инфицированные пищевые продукты и воду). В распространении амебиаза большую роль играют мухи. В эндемических по амебиазу южных районах количество случаев этого заболевания увеличивается в летний период. Попадая в кишечник, амебы вызывают образование язв в стенке толстой кишки.

Язвы при амебиазе довольно глубоки, их края подрыты, дно покрыто гноем и тканевым детритом с обильной примесью гистологических амеб. В окружности язвы имеется зона гиперемии и отек слизистой оболочки. Наиболее тяжелые анатомические изменения развиваются в слепой и восходящей толстой кишках, но в отдельных случаях язвы образуются также и на слизистой оболочке прямой кишки.

Глубоко проникая в стенку кишки, язвы могут вызывать прободение с развитием перитонита.

При осложнениях амебиаза возможно образование более или менее обширных абсцессов в печени, реже — в легких и в головном мозгу.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода может колебаться в очень широких пределах. В случаях с выраженной клинической картиной болезни после короткого продромального периода (общее недомогание, потеря аппетита, тошнота), продолжающегося от нескольких часов до 1—2 дней, появляется частый жидкий стул (до 20 и более раз в сутки). В первые дни болезни стул сохраняет каловый характер, но затем в жидких каловых массах появляется обильная примесь

стекловидной слизи, непосредственно перемешанной с кровью, вследствие чего слизь напоминает малиновое желе.

По прошествии 1—2 дней от начала заболевания появляются схваткообразные боли в области слепой кишки и по направлению восходящей толстой кишки. Пальпация живота в правой подвздошной области, а также по направлению восходящей толстой кишки резко болезненна. При ректороманоскопическом исследовании обнаруживаются катарально-геморрагические и язвенные изменения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок.

Болезнь может протекать весьма длительно, на протяжении многих месяцев и даже лет (хронические формы), приводя к значительно выраженной анемии и кахексии. Вследствие наличия в толстой кишке язвенного процесса и повторных, хотя и небольших, кровотечений у больных резко падает количество гемоглобина и эритроцитов.

При амебиазе возможны осложнения в виде перфорации стенок кишки с кровотечением и последующим развитием перитонита, образования абсцессов печени с метастазами в легкие и мозг.

Распознавание. Помимо клинической картины, основывается на обнаружении под микроскопом в нативных и окрашенных препаратах из испражнений больного гистологической амебы. Существенную помощь может оказать ректороманоскопия, выявляющая типичные кратерообразные язвы на слизистой оболочке кишки.

Лечение. Все больные в период острых проявлений амебиаза подлежат госпитализации. Назначается диета, обычно применяемая при бактериальной дизентерии.

Вводят хлористоводородный эметин (2% раствор) по 1,5 мл внутримышечно 2 раза в день на протяжении 3—4 дней; затем после 4-дневного перерыва вновь повторяют цикл лечения эметином. В дни лечения эметином посредством резинового катетера (после очистительной клизмы) один раз в сутки вводят 0,04% теплый раствор грамицидина в количестве 100 мл.

С успехом применяется также аминарсон. Этот препарат назначают по 0,25 г 2—3 раза в день на протяжении 8—10 дней. После 10-дневного перерыва курс лечения повторяют. Противопоказанием к применению аминарсона служат: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания печени и почек, активные формы туберкулеза легких.

Можно проводить комбинированное лечение эметином и аминарсоном. Для этого в течение 3 дней подряд вводят внутримышечно по 1,5 мл 2% раствора солянокислого эметина, затем с интервалами в 4 дня проводят 3—4 курса лечения эметином (по 3 дня в каждом курсе). Закончив применение эметина, назначают внутрь аминарсон в указанных выше дозах.

Профилактика. Прежде всего выявляют и берут на учет цистоносителей. Всех больных и подозрительных на амебиаз отстраняют от работ, при которых они могут представлять опасность для окружающих (продажа и приготовление пищевых продуктов, водоснабжение), и госпитализируют. Выписка больных производится после исчезновения клинических симптомов и получения отрицательных результатов исследования испражнений на амебы. Здоровых цистоносителей из числа «пищевиков» лечат амбулаторно ятреном (по 0,5 3 раза в день на протяжении 10 дней). Борьба с инфицированием цистами сводится к санитарно-гигиеническому надзору за состоянием уборных, систематической их дезинфекции, к охране питьевых вод и пищевых продуктов от загрязнения цистами, к уничтожению мух и т. д.

Необходимо строгое соблюдение правил личной гигиены. Для питья можно употреблять только кипяченую воду.

БЕШЕНСТВО, ВОДОБОЯЗНЬ (RABIES, HYDROPHOBIA, LYSSA)— зоонозное заболевание, возникающее у человека после укуса или ослюнения его бешеным животным.

Возбудитель относится к нейротропной группе фильтрующихся вирусов. Исключительное сродство вируса бешенства к центральной нервной системе

было доказано работами Пастера (при введении эмульсии из мозга бешеного животного здоровому животному, как правило, наступало заражение), а также микроскопическими исследованиями Негри, который в срезах мозга погибших от бешенства людей неизменно обнаруживал своеобразные включения, так называемые тельца Негри.

Основным источником заражения являются бешеные животные (собаки, кошки, реже волки, а иногда и сельскохозяйственные животные). Наибольшее эпидемиологическое значение имеют собаки.

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается в среднем от 15 дней до 3 месяцев, но иногда и дольше. При укусе в лицо, голову и шею инкубационный период значительно укорачивается.

Болезнь начинается коротким продромальным периодом (общая слабость, плохой аппетит, бессонница), затем возникает чувство беспокойства, боль в области раны или на месте рубца, оставшегося после укуса. Настроение больного подавлено, сон неспокоен, иногда появляются галлюцинации угрожающего характера. Дальнейшее течение болезни подразделяется на: 1) стадию возбуждения продолжительностью 5—7 дней и 2) стадию параличей.

По окончании продромального периода температура повышается до 37,2—37,3°, нарушается дыхание. Вдох глубокий, шумный, с участием всей дыхательной мускулатуры, а выдох — в виде двух-трех спазматических сокращений диафрагмы; далее следует пауза и снова глубокий вдох. Больной возбужден, встревожен, жалуется, что ему «мало воздуха».

Обострение тактильной слуховой и зрительной чувствительности приводит к тому, что даже при легком прикосновении к больному, небольшом шуме и действии яркого света рефлекторным путем возникают клонические и тонические судороги. Вскоре появляются судороги, спазмы глотательной мускулатуры, возникающие при каждой попытке выпить хотя бы глоток воды; если поднести ко рту больного стакан с водой, то у него при одном ее виде развиваются рефлекторные спазмы глотательной мускулатуры. Затрудненное глотание и даже невозможность проглотить жидкость крайне характерны и отсутствуют лишь в очень редких случаях; поэтому болезнь нередко называют «водобоязнью» (hydrophobia). Часто имеется симптом аэрофобии — развитие общих судорог под влиянием потоков воздуха, сквозняка.

Начиная с 2—3-го дня болезни речь больного становится многословной, отрывистой, бессвязной; возникают зрительные и слуховые галлюцинации, чаще имеющие угрожающий характер; больной возбужден, мечется, вскакивает с постели. Характерны нарушения психики: бред преследования и агрессивные действия. При резком возбуждении больного укладывают под веревочную сетку; необходимо индивидуальное наблюдение обслуживающего персонала. Сознание у больного временами проясняется, но приступы судорог становятся все чаще и чаще, усиливается отделение слюны. Наконец, наступает паралитическая стадия. В течение 8—12 часов развиваются параличи конечностей, мышц лица, дыхательной мускулатуры и т. д., которые ведут к гибели больного (см. также *Психические заболевания, Инфекционные психозы*).

Распознавание. Основывается на характерной клинической картине и эпидемиологических данных (укус или ослюнение раны человека бешеным животным). Зараженность бешенством животного, искусавшего человека, устанавливается при помощи микроскопического исследования срезов мозга этого животного, в котором обнаруживаются тельца Негри.

Лечение. При уже развившемся заболевании лечение безрезультатно, но все же необходимо облегчить страдания больного. Это достигается подкожным введением морфина, пантопона, хлоралгидрата в клизмах (2 г на 100 мл крахмального отвара).

Профилактика бешенства преследует две цели: 1) предупредить заражение, 2) при совершившемся заражении предупредить заболевание.

Первое достигается путем уничтоженяя бездомных собак, кошек и волков, изоляцией подозрнтельных на заболевание жнвотных, обязательным использованием намордников, привязыванием собак на цепь и т. д. Второе предусматрявает немедленное проведение антирабическнх прививок всем лицам, укушенным и ослюненным подозрительным на бешенство животным. Прнвнвкн производятся на пастеровских станциях, привнвочных пунктах, имеющихся при крупных полнклнниках, и санитарно-эпндемиологических станцнях. Прививки производят по установленным схемам.

Антирабнческую вакцину вводят в подкожную клетчатку живота ежедневно на протяженин 15—30 дней (согласно инструкции). В тех случаях, когда имеются тяжелые укусы в голову нли лнцо, следует, помимо вакцнны, вводить иммунный гамма-глобулин я провестн повторный (укороченный) курс прививок антирабической вакцнной через 20—25 дней после окончания первого курса.

На весь период проведения прививок категорнчески запрещается употребление алкоголя, так как он задержнвает формированне иммуннтета. Иммунитет развивается лишь через 14—16 дней после окончання привнвок, поэтому к нйм следует приступать немедленно после укуса илн ослюнення человека подозрительным на бешенство жнвотным.

БОЛЕЗНЬ БОТКИНА. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ см. *Внутренние болезни, Болезнь Боткина.*

БОТУЛИЗМ (BOTULISMUS) — пищевая токсикоинфекция, вызванная потребленяем продуктов, зараженяых бациллой Clostridium botulinum. Палочка ботулнзма является строгим (облнгатным) анаэробом, спорообразующим и продуцирующим сильнодействующий экзотокснн.

Ядовитые свойства этого токсина снльнее, чем у всех других бактернальиых токснвов. Являясь строго анаэробными микробами, возбуднтели ботулизма хорошо развиваются в пнщевых продуктах прн условии малого доступа воздуха.

Во внешней среде возбудитель болезни присутствует главным образом в виде спор, отлнчающихся значительной стойкостью по отношению к различным неблагоприятным внешним воздействиям.

Заболеваиия ботулизмом могут быть как спораднческие, так и в виде небольших вспышек; последние объясняются употреблением одного и того же инфнцированного продукта иескольknми людьми.

Бацилламн ботулнзма могут быть инфнцнрованы ветчина, колбасы, солонина, некоторые виды красной (осетр, белуга, севрюга) и частнковой рыбы, рыбные, овощные н мясные коисервы. Инфнцирование красной рыбы чаще происходит в результате антисанитарных условий ее лова, засола и хранения.

В ряде случаев зараженность ветчнны и колбасы бактериями ботулизма удается определить по исходящему от них своеобразному запаху прогорклого масла. Известно, что инфицирование мясных и рыбных продуктов может происходить на отдельных участках; поэтому из числа лиц, употреблявших данный продукт, несколько человек могут заболеть ботулизмом, а другие остаются здоровыми.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода 6—10 часов, но возможно его удлиненне до 2 суток. Болезнь начинается остро — с головной болн, общего недомогания, слабости, повторной рвоты. Стул по большей части задержан, имеется вздутие жнвота (метеоризм). Повышение температуры незначительное и кратковремениое. Через 1—2 дня от начала болезни появляется головокружение, расстраивается правнльное светоощущение. Все предметы больной видит как бы в тумане; затем возникает двоение в глазах (диплопня), объясняющееся парезом содружественного двнжения глаз (расстройство конвергенции). Зрачки расширены, нередко однн зрачок шнре другого (анизокория); имеется значительно выраженное косоглазне, опущенне верхнего века (птоз), отсутствие или ослабление аккомодации зрачков на свет.

Вскоре речь становится невнятной, голос больного слабеет; нарушается глотание, больной поперхивается, слизистые оболочки рта сухие. Позднее начинает ухудшаться деятельность сердца. В тяжело протекающих случаях при отсутствии или несвоевременности лечения возможна смерть больного в результате бульбарных параличей и резкого упадка сердечной деятельности.

Продолжительность болезни от 4 до 15 дней.

Распознавание. Основывается на характерной клинической картине, данных анамнеза и лабораторного исследования остатков съеденной перед заболеванием пищи, рвотных масс или промывных вод желудка.

Лечение. Больные госпитализируются. Следует по возможности быстрее приступить к лечению антитоксической противоботулинической сывороткой, которую вводят внутримышечно: применяется дивалентная сыворотка типа А + В или поливалентная (типы А + В + Е). При первой инъекции сыворотку вводят по методу Безредки в дозе 60 000—75 000 АЕ, при необходимости повышая ее (особенно в тяжелых или запущенных случаях) до 150 000—250 000 АЕ в первый день лечения. Наиболее выраженное действие сыворотка оказывает при первом введении в достаточной дозе, но ее следует вводить в тех же (или в несколько уменьшенных) дозах один раз в день на протяжении ближайших 4—6 дней.

Симптоматическое лечение сводится к возможно более раннему промыванию желудка 5% раствором двууглекислой соды, а также к применению слабительных, сифонных клизм; в случае необходимости прибегают к питанию через зонд. Применяются инъекции сердечно-сосудистых препаратов, физиологического раствора, глюкозы и т. д.

Выписка больных производится после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Необходим тщательный санитарный надзор на консервных и других пищевых предприятиях, хранение скоропортящихся продуктов на холоду. В целях личной профилактики следует употреблять в пищу только свежие продукты, избегать употребления свежепросоленной и копченой рыбы, приготовленной домашним способом.

Консервы в банках со вздутием (бомбаж), ветчину и колбасы с признаками недоброкачественности (например, запах прогорклого масла) употреблять безусловно запрещается.

Автоклавирование обезвреживает продукты, зараженные спорами бактерий ботулизма.

При подозрении на заражение ботулизмом подкожно вводят 20 000—25 000 АЕ противоботулинической сыворотки; проводится наблюдение за больным в пределах 3 дней.

БРУЦЕЛЛЕЗ (BRUCELLOSIS) — длительно текущее инфекционное заболевание, передающееся человеку от больных животных (зоонозная инфекция).

Возбудителями бруцеллеза являются бактерии, относимые к роду Brucella. Наблюдается три типа бруцелл: первый вызывает заболевание у овец и коз, второй — у крупного рогатого скота, третий — у свиней. Для человека наиболее патогенен и вирулентен первый тип бруцелл (Brucella melitensis), вызывающий козье-овечий бруцеллез.

В естественных условиях бруцеллез поражает сельскохозяйственных животных; они являются резервуаром инфекции в природе. Больные люди практически незаразны, однако в их моче могут содержаться бруцеллы, что требует обязательной госпитализации в активный период болезни.

Чаще всего люди заражаются при употреблении сырого молока, полученного от больного животного, и приготовленных из этого молока продуктов, в том числе брынзы. Однако возможно заражение и при попадании выделений больных животных на кожу и слизистые оболочки человека. Бруцеллезом нередко заболевают ветеринарные работники, пастухи, доярки, рабочие боен, мясокомбинатов и т. д.; к заражению ведет также

оказание помощи при аборте у коров, овец и коз, уход за больными животными.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится в среднем 10—14 дней, но может или укорачиваться до одной недели, или удлиняться до одного месяца.

Болезнь начинается постепенно, проявляясь рядом мало характерных общих симптомов (общая разбитость, недомогание, мышечные и головные боли, боли в суставах, озноб, лихорадка, поты). В 15—18% случаев наблюдается острое начало болезни. У большинства больных бруцеллезом уже к 6—8-му дню от начала заболевания температурная кривая достигает высокого уровня и сохраняется на нем в ближайшие дни.

Для раннего периода бруцеллеза характерны боли в области поясницы, пояснично-крестцового сочленения и в мышцах шеи, обильные поты, которые истощают больного и могут наблюдаться даже при совершенно нормальной температуре. К концу 2-й недели болезни все симптомы бруцеллеза, связанные с первичной генерализацией инфекции, достигают наибольшего развития, а наряду с этим формируются изменения со стороны отдельных органов и систем.

Температура сохраняется на высоком уровне, больные становятся очень раздражительными, их беспокоят обильные поты и боли не только в поясничной области как в первые дни, но и в отдельных крупных суставах. У части больных (в 25% всех случаев) обнаруживается небольшое увеличение отдельных периферических лимфатических узлов. Печень и селезенка в острой стадии бруцеллеза увеличены у 75—80% больных.

В пояснично-крестцовой области, возле плечевых суставов, на бедрах и ягодицах нередко при тщательной пальпации обнаруживаются очень мелкие плотные узелки и уплотнения ткани — фиброзиты и целлюлиты (чаще они наблюдаются при субхронических и хронических формах болезни).

Пульс обычно соответствует по частоте уровню температуры, кровяное давление снижено незначительно. В отдельных случаях наблюдаются эндо- и миокардиты.

Значительным многообразием отличается клиническая симптоматология поражений нервной системы — начиная от невралгий и невритов отдельных нервных стволов и кончая редко встречающимися тяжелыми менинго-энцефалитами, энцефалитами и глубокими изменениями психической сферы. Довольно часты радикулиты, люмбоишальгии, полиневриты и разнообразные невралгии. Чаще поражаются крупные суставы (сакроилеиты, спондилиты, кокситы, гониты), возможно развитие остеопериостита с разрушением костной ткани. Несколько реже поражаются голеностопные и плечевые суставы.

При остром бруцеллезе симптомами поражения суставов чаще являются резкие боли в пораженном суставе; при субхроническом и хроническом бруцеллезе наблюдается отечность, увеличение размеров сустава и даже ограничение подвижности в нем. В случаях длительного и стойкого поражения суставов развиваются контрактуры и анкилозы. Как правило, одновременно поражаются лишь 1—2 сустава, т. е. отсутствует «летучесть» поражения суставов (главным образом мелких), столь характерная для ревматических полиартритов. Нередко наблюдаются тендовагиниты и бурситы.

Картина крови характеризуется лейкопенией с относительным лимфоцитозом. Температурная кривая соответствует одному из следующих типов: 1) волнообразная, 2) ремиттирующая, 3) интермиттирующая, 4) постоянная. Острая форма бруцеллеза (фаза генерализации инфекции) продолжается от 2—3 недель до 3 месяцев.

При субхронической форме (обозначаемой иначе как фаза локализации инфекции с рецидивирующей генерализацией) наряду со многими симптомами, характерными для острой формы, и лихорадочной реакцией имеются многочисленные локальные поражения, чаще выявляемые со стороны опор-

но-двигательной системы (суставы, сухожилия, связки, слизистые сумки) и периферической нервной системы (невриты, невралгии и т. п.). Нередки проявления геморрагического диатеза. Длительность этой стадии болезни до 2—3 месяцев.

Хроническая форма бруцеллеза сопровождается стойкими изменениями в суставах с развитием контрактур и анкилозов; нередки изменения со стороны нервной системы — невралгии и невриты. Печень и селезенка увеличены и уплотнены. Хронический бруцеллез может длиться 3—5 и даже более лет, после чего наступает компенсация болезненного процесса и выздоровление. При правильном лечении выздоровление ускоряется.

К числу наиболее типичных осложнений бруцеллеза относятся орхиты и эпидидимиты, сальпинго-оофориты, эндометриты, пневмонии, а также стойкие и необратимые изменения со стороны крупных суставов и позвоночника (артриты, спондилоартриты, анкилозы).

Распознавание. Основывается на клинической картине, эпидемиологических данных, кожной аллергической пробе и лабораторных методах исследования (реакция агглютинации). Реакция Райта (с сывороткой больного) считается положительной при титре агглютинации от 1 : 200 и выше. Для постановки реакции Райта в лабораторию можно направить и кусочки фильтровальной бумаги, пропитанной сывороткой крови больного.

Менее специфична, хотя и весьма чувствительна, реакция агглютинации Хеддльсона (с сывороткой крови больного). Обе эти реакции можно ставить не ранее 10—12-го дня болезни.

Кожная аллергическая проба Бюрне: после предварительного протирания кожи предплечья спиртом в толщу кожи вводят тонкой иглой из шприца 0,1 мл бруцеллина. Если реакция положительная, то через сутки на месте введения появляется краснота (размером не менее 3 × 2,5 см); отмечается также припухлость ткани и болезненность.

Следует иметь в виду, что реакция Райта, Хеддльсона и проба Бюрне могут давать положительные результаты в течение длительного времени после исчезновения клинических симптомов бруцеллеза.

Необходим дифференциальный диагноз с брюшным тифом, малярией и сепсисом в первые 2 недели болезни, а позднее с ревматическим полиартритом, а также с инфекционным полиартритом.

Лечение. Все больные бруцеллезом подлежат обязательной госпитализации в остром (генерализованном) периоде, в случаях подострого течения болезни и при обострениях хронического бруцеллеза.

В период генерализации инфекции (т. е. на протяжении первого, острого, периода болезни и в повторных фазах генерализации инфекции), в случаях подострого и хронического течения болезни с рецидивами, показано лечение антибиотиками.

Биомицин применяют по 300 000 ЕД 4 раза в день до снижения температуры и еще в течение 2 дней с последующим уменьшением дозы (по 200 000 ЕД 4 раза в день на протяжении еще 6—7 дней); всего на курс — 16—20 г препарата. Лечение биомицином несколько более эффективно, чем синтомицином и левомицетином, которые обычно назначают в следующих дозах: по 0,5 г 6 раз в день до момента падения температуры и еще в течение 3 дней, затем по 0,5 г 4 раза в день еще 6—7 дней.

Через 20—25 дней после окончания первого лечебного курса рекомендуется провести повторный курс лечения левомицетином (по 0,5 г 6 раз в день на протяжении 8—10 дней).

Важную роль играет вакцинотерапия.

Наиболее эффективным является внутривенный метод вакцинотерапии, особенно в сочетании с приемом биомицина. Применяя внутривенную вакцинотерапию, следует предварительно испытать чувствительность больных к вакцине. Для этого первоначально вводят 500 000 микробных тел; обычная благоприятная поствакцинная реакция выражается небольшим ознобом, умеренным повышением температуры, общим недомоганием и усилением

болей в пораженных органах опорно-двигательной системы (суставах, сухожилиях). Иногда развивается тяжелая шоковая реакция, заставляющая отказаться от вакцинотерапии.

При внутривенной вакцинотерапии применяют нарастающие дозы вакцины и вводят 1—3—5—10—15—25—40—50—60 млн. микробных тел на одну инъекцию (с интервалами в 4—5 дней).

С целью стимуляции защитных факторов организма применяют повторные гемотрансфузии [по 125—150 мл одногруппной или 1 (0) группы крови каждые 3—4 дня, всего 4—5 переливаний].

Вскоре после затихания патологического процесса в суставах следует применять лечебную физкультуру, аппликации парафина или озокерита на суставы.

В дальнейшем, если острых проявлений бруцеллеза нет, после стойкой нормализации температуры и снижения РОЭ до 16—18 мм в час (или еще ниже) выздоравливающий может быть направлен для лечения грязями и минеральными водами на курорт (Липецк, Сергиевские минеральные воды, Цхалтубо, Талги, Белокуриха, озеро Горькое, Кумагорск, Учум).

Выписка из стационара производится после исчезновения острых клинических проявлений болезни.

Профилактика. Борьба с бруцеллезом осуществляется посредством комплекса ветеринарных и медико-санитарных мероприятий. Ветеринарный надзор за сельскохозяйственными животными, выделение больных животных в специальные бруцеллезные хозяйства, охрана труда работающих в этих хозяйствах (ношение халата, резиновых перчаток, резиновых сапог при уходе за животными и т. д.) являются важными методами профилактики. Необходимо соблюдение правил личной гигиены работниками боен и мясокомбинатов. В помещениях, где находятся больные животные, проводят заливку пола, жижеприемников и опрыскивание стен из гидропультов 10% осветленным раствором хлорной извести.

При абортировании и окоте больных животных плод и его оболочки необходимо закапывать в землю на глубину 2 м, предварительно засыпав дно ямы негашеной известью; помещение дезинфицируется 10% раствором хлорной извести. Лица, оказывающие помощь больным бруцеллезом животным во время абортов, должны надевать резиновые перчатки.

В целях личной профилактики бруцеллеза необходимо употреблять в пищу только кипяченое или пастеризованное (прогретое до 70°) молоко; молочные продукты можно употреблять лишь из пастеризованного молока. Брынзу перед продажей следует выдерживать на складе не менее 70 дней. Мясо больных бруцеллезом животных можно употреблять в пищу только после 2—3-часовой варки небольшими кусками или после посолки (с выдерживанием в рассоле в течение 60 дней); это же мясо может перерабатываться в консервы посредством автоклавирования.

В личной профилактике немаловажную роль играют прививки людей, работающих на животноводческих фермах, бойнях и мясокомбинатах, противобруцеллезной живой вакциной.

БРЮШНОЙ ТИФ (TYPHUS ABDOMINALIS) — острозаразное заболевание, вызываемое попаданием в организм и размножением в нем специфического возбудителя — брюшнотифозной палочки.

Возбудитель брюшного тифа представляет собой короткую, очень подвижную (ввиду наличия жгутиков) палочку, содержащую яд эндотоксин. Единственным источником и резервуаром брюшнотифозной инфекции в природе является больной или бактерионоситель. Брюшнотифозные бактерии выделяются с испражнениями, а в некоторых случаях с мочой больных и носителей.

Человек заражается при попадании брюшнотифозных бактерий в организм через рот. Инфекция может быть занесена через грязные руки или инфицированную воду, пищевые продукты, посуду и различные предметы обихода. Хотя заболевания могут наблюдаться в течение всего года,

однако чаще они встречаются в августе — сентябре, что связано с большей выживаемостью бактерий во внешней среде в это время, а также с учащающимся употреблением сырых немытых овощей и фруктов. Распространение брюшного тифа возможно также через мух.

Попав в желудочно-кишечный тракт, брюшнотифозные бактерии проникают в лимфатический аппарат кишечника (пейеровы бляшки и солитарные фолликулы), вызывая в них характерные анатомические изменения, а оттуда в мезентериальные и забрюшинные лимфатические узлы, где начинают усиленно размножаться; попадая в кровь, бактерии разносятся по всему организму (бактериемия), внедряются в различные ткани и органы.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится в среднем 14 дней (от 7 до 25 дней).

После короткого продромального периода (недомогание, разбитость во всем теле, потеря аппетита, нарушение сна), продолжающегося от нескольких часов до 2 суток, постепенно начинает ступенеобразно повышаться температура; к 4—6-му дню она достигает высоких цифр (38,8—39,8°). В период развития болезни высокая температура становится постоянной, ухудшается общее состояние больного — он очень слаб, безразличен к окружающему, адинамичен; обычно в этот период отмечаются бессонница, резкие головные боли. Вследствие интоксикации значительно нарушается деятельность центральной нервной системы (возможна потеря сознания, галлюцинации и бред) и сердечно-сосудистой системы (падение артериального давления, глухость тонов сердца, дикротия пульса).

Картина крови при брюшном тифе характеризуется лейкопенией (до 4000—3000 лейкоцитов в 1 мм³ крови), исчезновением эозинофилов и относительным преобладанием лимфоцитов; РОЭ ускоряется до 25—28 мм в час.

Наблюдается наклонность к бронхитам и бронхопневмониям. Язык увеличен, отечен, с отпечатками зубов, покрыт довольно массивным грязно-серым налетом, так что только края и кончик остаются чистыми. С развитием токсикоза язык становится сухим, покрывается коричневым налетом.

Кожные покровы бледны, живот значительно вздут вследствие образования в кишечнике большого количества газов. Стул обычно задержан. Ощупывая живот больного, можно установить болезненность в правой подвздошной области соответственно положению слепой кишки.

На 8—9-й день болезни на коже живота, груди и спины появляются розеолы — единичные мелкие, правильной круглой формы розовые пятнышки, достигающие в диаметре 3—4 мм. При надавливании или растяжении кожи розеолы исчезают. В случаях типичного течения болезни со второй половины 3-й недели отмечаются изменения в характере температурной кривой: спадение температуры очень редко происходит быстро, критически, обычно наблюдается ступенеобразное понижение ее, причем утренние цифры приближаются к норме, а вечерние находятся еще на высоком уровне. В результате разница между утренней и вечерней температурой достигает 2—3°.

Выздоровление наступает после снижения температуры до нормы. Однако в дальнейшем возможен рецидив, сопровождающийся всеми основными клиническими симптомами, свойственными брюшному тифу, или развиваются осложнения, довольно частые при этой болезни. В любой период болезни, особенно при нарастающем истощении больного, могут возникнуть трофические расстройства кожи (пролежни), пневмонии, паротиты, тромбофлебиты с закупоркой вен на нижних конечностях; эти осложнения более свойственны позднему периоду брюшного тифа. На 3—4-й неделе возможны кишечные кровотечения и перфорация кишечной язвы, часто ведущая к развитию перитонита. Внешним выражением кишечного кровотечения обычно бывает внезапная бледность лица, резкое учащение пульса, падение артериального давления и снижение температуры до субнормальных

цифр. В испражнениях можно обнаружить примесь свежей или измененной (дегтеобразной) крови (в зависимости от срока опорожнения кишечника).

Иногда наблюдается развитие коллапса, выражающегося внезапной резкой бледностью, нитевидным пульсом, значительной гипотонией.

Особенно опасна перфорация кишечной язвы, что нередко вызывает развитие перитонита. Иногда при развитии перфорации больной испытывает внезапную острую боль в животе (но этот симптом наблюдается далеко не во всех случаях). Быстро развивается значительная бледность наружных покровов, заостряются черты лица, на лбу появляются капли пота; пульс резко учащен, слабого напряжения и наполнения (явления коллапса). Иногда наблюдаются позывы на рвоту; в первые 5—8 часов после перфорации мышцы живота, особенно в надлобковой и подвздошной области, напряжены. Позднее брюшные мышцы расслабляются. Язык становится сухим. Отмечаются симптомы раздражения брюшной стенки (симптом Щеткина-Блюмберга); перистальтика кишечника при выслушивании через фонендоскоп ослаблена или вообще не прослушивается. При перкуссии исчезает печеночная тупость, так как поступивший из кишечника в брюшную полость воздух располагается между печенью и брюшной стенкой. В крови уже через 2—3 часа от момента перфорации нарастает лейкоцитоз. При малейшем подозрении на перфорацию кишечной язвы необходима консультация хирурга, а при подтверждении этого диагноза — немедленное оперативное вмешательство.

Наиболее опасным периодом в течении брюшного тифа в смысле возможности тех или иных серьезных осложнений являются поздние дни болезни (например, 3—4-я неделя у больных, не получавших антибиотиков).

Распознавание. Основывается на клинической картине с учетом эпидемиологических данных и результатов лабораторных исследований.

В первые дни болезни наиболее достоверным методом лабораторной диагностики является посев крови (10 мл) на желчный бульон (100 мл) или среду Раппопорта. Лаборатория дает предварительный ответ через 2 суток и окончательный — через 4 суток с момента посева. После 8—9-го дня болезни можно ставить с сывороткой крови больного реакцию Видаля. Доказательным является титр реакции 1 : 200 или более высокие разведения; следует учитывать, что по мере дальнейшего течения болезни титр реакции Видаля обычно нарастает. Нужно иметь в виду, что в титрах 1 : 100 — 1 : 200 реакция Видаля может обнаруживаться у здоровых лиц, привитых против брюшного тифа.

В первые 7—10 дней болезни дифференциальный диагноз проводится с бруцеллезом, малярией, милиарным туберкулезом, сепсисом, в некоторых случаях с пневмониями и сыпным тифом.

Лечение. Полный покой больного, чистота больничной палаты, достаточный приток свежего воздуха, температура помещения около 19—20° являются необходимыми требованиями при госпитализации больных брюшным тифом.

В области крестца, лопаток, ягодиц, т. е. в местах, подвергающихся наибольшему давлению, кожу необходимо протирать камфарным спиртом или растительным маслом. Полезно влажное обтирание тела теплой водой с добавлением одеколона или мятной тинктуры, что рефлекторно улучшает кровообращение и дыхание.

Полость рта у тяжелобольных следует протирать ватным тампоном, смоченным в 2% растворе борной кислоты; все остальные больные должны дважды в день прополаскивать рот этим раствором, а также чистить зубы.

При очень напряженных головных болях следует повторно класть больному на голову пузырь со льдом на 15 минут с перерывами в 30—40 минут. В целях профилактики пневмоний, развитию которых способствуют гипостазы, необходимо чаще поворачивать больных в постели,

Больной должен принимать пищу 4—5 раз в день. Ослабленных больных должен кормить обслуживающий персонал стационара.

Следует давать больным легко усвояемую, калорийную (до 3000 больших калорий в сутки), насыщенную витаминами, механически измельченную пищу. Категорически запрещаются раздражающие, острые приправы и механически грубая пища. Особенно щадящим питание должно быть на 3—4-й неделе болезни, когда возможны осложнения со стороны кишечника. В этот период больному дают сухари из пшеничной муки или черствый белый хлеб. Разрешаются слизистые супы, хорошо разваренные жидкие каши (рисовая, гречневая) со сливочным маслом, свежее сливочное масло (до 40 г в день), простокваша, кефир, ацидофилин, свежий творог, кисель, компот из протертых фруктов, яйцо всмятку.

Необходимо, чтобы больные употребляли много жидкости, в том числе фруктовые и ягодные соки.

Синтомицин назначают внутрь по 0,5 г 6 раз в день до снижения температуры, которое наступает в среднем через 3—6 дней от начала лечения; в этих же дозах препарат дают еще 2—3 дня после падения температуры. Затем синтомицин дают по 0,5 г 4 раза в день на протяжении 6—7 дней (т. е. до 10-го дня нормальной температуры). На полный курс лечения требуется от 35 до 40—42 г синтомицина. Синтомицин иногда вызывает токсико-аллергические явления (тошнота и рвота, понос, боли в животе, молочница, стоматит, медикаментозные сыпи).

Левомицетин назначают в тех же дозах. Преимущество левомицетина заключается в том, что он реже дает токсико-аллергические явления.

При лечении тем или другим антибиотиком возможен рецидив или формирование брюшнотифозного бактерионосительства. Ввиду опасности поздних рецидивов выписка из стационара производится не ранее 23-го дня с момента нормализации температуры. Бактерионосительство чаще развивается при наличии патологических нарушений со стороны желчно-печеночной системы (преимущественно у женщин).

При соответствующих показаниях больному назначают внутрь или в инъекциях эфедрин (0,025—0,03 г), кордиамин (по 20 капель). При бессоннице — снотворные (люминал, барбамил, мединал).

В случаях кишечного кровотечения, так же как и при прободении кишечной язвы, больному не дают никакой пищи до уточнения диагноза. Чтобы прекратить кишечное кровотечение, рекомендуется перелить больному 125—150 мл одногруппной или I(0) группы крови, поскольку она действует гемостатически. Одновременно назначают внутрь 10% раствор хлористого кальция (столовыми ложками) и витамин К — викасол (разовая доза 0,015 г), который дают 2 раза в день на протяжении 3 дней.

Для обеззараживания испражнений больного их засыпают равным количеством сухой хлорной извести в судне или горшке, перемешивают и оставляют на 3 часа. После этого испражнения можно вылить в канализацию или в выгребную яму.

Выписка больного из стационара после исчезновения клинических признаков болезни производится на 14-й день с того момента, как установилась нормальная температура, в тех случаях, когда не применялись антибиотики (синтомицин или левомицетин), а при лечении антибиотиками ввиду опасности поздних рецидивов — лишь на 23-й день с момента установления нормальной температуры. Производятся бактериологические исследования испражнений больных (посевы на 14-й, 16-й и 18-й день с момента установления нормальной температуры), а также порций В и С желчи, полученной при дуоденальном зондировании (на 16-й день с момента установления нормальной температуры).

На протяжении 2 лет после выписки реконвалесцентов из стационара производятся (с промежутками в 3—4 месяца) контрольные бактериологические исследования кала и мочи и однократный посев желчи с целью выявления хронических бактерионосителей.

Если переболевший брюшным тифом являлся работником пищевых предприятий, продуктовых магазинов, столовых, буфетов, ресторанов и т. п. либо работал в детских учреждениях и в системе водоснабжения, то после выписки он не допускается к работе в течение месяца. Производятся дополнительные бактериологические исследования кала и мочи в следующие сроки после выписки: пятикратно в течение первого месяца, затем ежемесячно в течение первого года (если переболевший был допущен к работе). В последующие 5 лет он должен подвергаться бактериологическому исследованию каждые 3 месяца. Если у перенесшего брюшной тиф посев дает положительный результат, то все исследования повторяются, как в первый месяц после выписки.

Профилактика. Для профилактики необходимо раннее выявление больных и их изоляция, дезинфекция помещения, текущая влажная дезинфекция у постели больного 2% раствором хлорамина. За 3 часа до спуска в канализацию испражнения больного засыпают в судне или горшке равным объемом сухой хлорной извести и перемешивают. Грязное белье больного замачивают перед стиркой в течение 2 часов в 1% растворе хлорамина или в 3% растворе лизола, посуду кипятят.

Ухаживающий персонал после кормления больного, осмотра его или выполнения той или иной манипуляции должен тщательно мыть руки 0,5% раствором хлорамина, а затем горячей водой с мылом.

Продукты необходимо защищать от мух. Выгребные ямы следует заливать 10% раствором хлорной извести.

Нужно поддерживать на соответствующем уровне санитарное состояние населенных мест, следить за правильностью водоснабжения и канализации, бороться за воспитание культурных навыков у населения и соблюдение правил личной гигиены.

Необходимо своевременное выявление бактерионосителей, особенно среди работников пищевых предприятий, продуктовых магазинов, столовых и детских учреждений, отстранение их на время носительства от работы. Проведение специфических прививок подкожным методом (по соответствующей инструкции) способствует уменьшению заболеваемости.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА (VARICELLA) — заразная детская болезнь, вызываемая особым видом фильтрующегося вируса, который циркулирует в крови. Инфекция передается капельным путем в результате прямого контакта. Источником ее является больной в течение всего периода болезни, вплоть до отпадения корочек, образующихся на коже в местах высыпания пузырьков. Особенно заразен больной во время высыпания пузырьков.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится от 13 до 17 дней. Болезнь начинается сразу, без предвестников. Начальный период характеризуется появлением пятнистой сыпи, вскоре превращающейся в папулы, а затем в пузырьки — везикулы. В окружности пузырька имеется ярко-красная каемка, соответствующая области воспалительного инфильтрата кожи. Первоначально сыпь появляется на волосистой части головы. Высыпания продолжаются 5—6 дней, причем элементы сыпи возникают беспорядочно и могут находиться одновременно в различных стадиях своего развития. Возможны высыпания на слизистой оболочке гортани с развитием «ветряночного крупа», при котором голос сохраняет звучность. По мере развития процесса на местах высыпания образуются корочки, отпадающие на 10—15-й день болезни. Температура обычно не превышает 38—39° и держится 2—3 дня. Самочувствие детей не нарушается.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Необходимо провести тщательный дифференциальный диагноз с натуральной оспой во всех случаях, когда этого требует эпидемиологическая обстановка.

Лечение. Ввиду легкости болезни специального лечения не требуется. В целях профилактики гнойных осложнений (особенно у ослабленных детей) применяют инъекции пенициллина. Больной должен соблюдать

постельный режим. Вследствие поражения слизистых оболочек рекомендуется полоскание зева, а при крупе — вдыхание водяных паров. В отдельных тяжело протекающих случаях «ветряночного крупа» возникает потребность в интубации.

Изоляция больного прекращается после отпадения корочек. Дети ясельного и дошкольного возраста, находившиеся в контакте с больным, изолируются на 21 день.

Профилактика. Больных детей необходимо изолировать или дома, или в стационаре (если болезнь протекает тяжело). Детям, находившимся в контакте с больным, рекомендуется вводить 50—60 мл сыворотки крови здоровых взрослых людей или противокоревой сыворотки, которую с успехом заменяет гамма-глобулин.

ВОЗВРАТНЫЙ ТИФ (TYPHUS RECURRENS) относится к острым спирохетозам человека и характеризуется эпидемическим распространением. Он протекает в виде лихорадочных приступов, длительность которых постепенно уменьшается, чередующихся с безлихорадочными периодами, продолжительность которых последовательно нарастает.

Вшивый возвратный тиф вызывается спирохетой Обермейера, открытой в 1868 г. Спирохеты обнаруживаются в крови больного в разгар лихорадочного периода; они хорошо видны в мазках или в толстой капле крови больного, окрашенных фуксином, метиленовой синью или краской Романовского-Гимза.

Источником инфекции является больной возвратным тифом. Передача инфекции от больного человека здоровому происходит через вшей (главным образом платяных). Носительства инфекции не существует.

Клиническая картина возвратного тифа объясняется циркуляцией возбудителя в крови лихорадочной реакцией с вовлечением в процесс ретикуло-эндотелиальных элементов печени, селезенки, костного мозга. Приступ заканчивается массовой гибелью спирохет, но часть их, сохранившаяся в головном мозгу и в селезенке, может обусловить развитие повторных приступов.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится в среднем 6—7 дней (с колебаниями от 2 до 14 дней).

Болезнь начинается остро — с озноба и последующего быстрого подъема температуры до 40—41°. В жалобах больного преобладают указания на головные боли, общую разбитость, резкие боли в икроножных мышцах. Кожные покровы сухи, слегка желтушны; отмечается иктеричность склер, учащение пульса, соответственно уровню температуры нередко наблюдается одышка. Язык равномерно обложен. Значительно увеличена селезенка, которая может выступать из-под левого реберного края на несколько сантиметров. В меньшей степени увеличена печень. Часто наблюдаются носовые кровотечения.

Картина крови при вшивом возвратном тифе характеризуется увеличением общего количества лейкоцитов (10 000—20 000 в 1 мм^3 крови) с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Продолжительность первого приступа составляет от 5 до 8 дней; в конце его температура критически падает до нормы при проливном поте. Затем наступает безлихорадочный период (апирексия) длительностью 7—8 дней. По окончании апирексии вновь возникает озноб и повышается температура — наступает второй приступ болезни продолжительностью 3—5 дней. Приступ заканчивается критическим снижением температуры, вслед за которой больной начинает выздоравливать. Однако спустя 10—12 дней после установления нормальной температуры возможно наступление третьего приступа, продолжительность которого уже не превышает 1—2 дней. В редких случаях наблюдается 4—6 приступов.

Течение возвратного тифа может осложниться развитием «желчного тифоида», который возникает в поздние периоды болезни вследствие присоединения вторичной паратифозной N_2 инфекции.

Грозным осложнением возвратного тифа является разрыв резко увеличенной селезенки, сопровождающийся острой болью в левом подреберье, внезапной бледностью, учащением пульса, падением артериального давления. В этих случаях необходима операция удаления селезенки.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Точным подтверждением диагноза является обнаружение спирохет Обермейера в толстой капле или в мазке крови больного, окрашенных фуксином. Заболевание необходимо дифференцировать от брюшного и сыпного тифа, гриппа, пневмонии; в эндемических очагах клещевого возвратного тифа нужно иметь в виду и это заболевание.

Лечение. С лечебными целями при возвратном тифе применяют внутривенное вливание новарсенола в дозе 0,3—0,45 г в 10 мл дважды дистиллированной стерильной воды (вводить медленно!). Если вливание производится на высоте приступа, необходимо следить за сердечно-сосудистой деятельностью ввиду возможности коллапса. Вливание новарсенола лучше производить на 4—5-й день апирексии. Обычно требуется два вливания новарсенола с интервалом между ними в 4—6 дней.

Хорошие результаты получаются при внутримышечном введении пенициллина (по 1 200 000 ЕД в сутки), которые применяют до падения температуры. После падения температуры необходимо еще в течение 2 дней вводить по 800 000 ЕД пенициллина в сутки.

Выписка больного производится на 23-й день после установления нормальной температуры.

Профилактика. В СССР случаи вшивого возвратного тифа уже давно не встречаются.

Выявление, изоляция и тщательное лечение больного возвратным тифом, санитарная обработка очага, а также полная ликвидация вшивости (мероприятия по дезинсекции, частая смена белья и т. д.) определяют успех борьбы с этой инфекцией.

ГАЗОВАЯ ГАНГРЕНА см. *Хирургические болезни. Газовая гангрена.*

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (геморрагический нефрозо-нефрит) — острая инфекционная болезнь, отличающаяся природной очаговостью. Она сопровождается лихорадочной реакцией, многочисленными геморрагическими проявлениями со стороны кожи и слизистых оболочек, а также тяжелым поражением почек, в которых развиваются обширные кровоизлияния.

Возбудителем болезни является, по-видимому, особый вид фильтрующегося вируса.

Единичные случаи этой болезни встречаются в Приморском и Хабаровском крае, на Урале, в некоторых районах Ярославской, Тульской и Калининской областей. Отмечена сезонность заболеваний с наибольшим количеством случаев в ноябре — декабре; поражаются главным образом жители сельских местностей.

Резервуаром инфекции в природе являются определенные виды мышевидных грызунов, передающих инфекцию друг другу при посредстве некоторых видов клещей. Механизм заражения человека окончательно еще не выяснен.

Симптомы и течение. Болезнь начинается остро: после короткого лихорадочного периода появляется озноб и быстро повышается температура до 39—39,5°.

Сознание часто затемнено, наблюдаются менингеальные симптомы, резко выражена общая интоксикация организма, симптом Пастернацкого положительный. С 3—5-го дня болезни (при еще повышенной температуре) появляются симптомы геморрагического диатеза (петехиальная сыпь на коже, главным образом в области плечевого пояса и на внутренней поверхности плеч, петехии на конъюнктиве век, кровотечение из носа и десен, кровавая рвота, положительные симптомы щипка и жгута). В отдельных случаях наблюдается острая сосудистая недостаточность.

В крови отмечается лейкопения с резким палочкоядерным сдвигом.

Лихорадочный период составляет в среднем 6—8 дней. К концу лихорадочного периода и в первые дни после снижения температуры появляются патологические изменения в моче: низкий удельный вес (до 1002), альбуминурия (до 9—15‰), гематурия и цилиндрурия. Моча нередко приобретает цвет мясных помоев, количество ее резко уменьшается.

При благоприятном течении болезни суточное количество мочи нарастает, картина крови нормализуется; постепенно исчезают различные геморрагические проявления.

Распознавание. Основывается на клинической картине при обязательном учете фактора природной очаговости (пребывание до начала болезни в местности, где встречаются случаи геморрагической лихорадки). Из лабораторных методов диагностики наиболее достоверной является реакция связывания комплемента. Дифференциальный диагноз должен проводиться с омской и крымской геморрагической лихорадкой (при наличии заболеваний в соответствующих эндемических районах), с эпидемическим клещевым сыпным тифом, с лептоспирозами.

Лечение. Больных госпитализируют и обеспечивают им тщательный уход; необходимо следить за чистотой кожи, предупреждать развитие пролежней. С момента появления первых симптомов поражения почек назначается молочно-растительная диета с насыщением ее витаминами, без ограничения количества поваренной соли.

При показаниях следует применять инъекции эфедрина, кордиамина, камфары. Рекомендуется витамин К (викасол) по 0,01 г 3 раза в день в течение 3 дней с перерывом в 2—3 дня (всего 3 курса), аскорбиновая кислота (по 500 мг в сутки), внутривенные вливания 10% раствора хлористого кальция.

Выписка больных производится после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Систематическое уничтожение мышевидных грызунов.

ГРИПП (GRIPP) — остроразаразное заболевание человека, характеризующееся острым началом, коротким течением; протекает с явлениями общей интоксикации, повышенной температурой и поражением слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Необходимо разграничивать грипп от простудных сезонных катаров, при которых отсутствует выраженная интоксикация.

Возбудителем гриппа является фильтрующийся вирус трех основных типов — A, A_1 и B, который размножается в клетках эпителия верхних дыхательных путей, а затем проникает в кровь. Обладая токсичностью, вирус нарушает ряд физиологических функций организма. Иммунитет, образующийся против одного типа вируса, оказывается недействительным по отношению к другому типу; вследствие этого довольно часты повторные заболевания.

Во всех случаях заболевания гриппом источником инфекции является больной человек. Заразительность наиболее выражена в 1—2-й день болезни.

Распространение гриппа происходит воздушно-капельным путем. Частицы слизи из зева и носа больного, содержащие вирус гриппа, распыляются при кашле и чихании и, попадая на слизистые оболочки рта и верхних дыхательных путей здорового человека, обусловливают его заражение. Грипп может давать значительные эпидемические вспышки.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубации составляет от нескольких часов до 2 дней.

Продромальные явления при гриппе выражаются в плохом самочувствии, отсутствии аппетита, познабливании. Вслед за этим температура повышается до 38,3—39,2°, появляется резкая головная боль, разбитость во всем теле, тупые боли в глазных яблоках и надбровных дугах.

Характерны «царапающие» боли и жжение в глотке (фарингит). К явлениям общей интоксикации иногда могут присоединяться катаральные воспалительные изменения со стороны слизистых оболочек зева, гортани и бронхов, что выражается сухим кашлем, насморком с довольно обильными жидкими выделениями из носа, слезотечением. Однако катаральные явления отнюдь не обязательны. Лицо больного несколько одутловато и гиперемировано, слизистые оболочки век и конъюнктивы глазных яблок красного цвета вследствие переполнения их сосудов кровью.

Пульс обычно отстает от уровня температуры, артериальное давление понижается. В крови лейкопения, нейтропения. Лихорадочный период непродолжителен — от 2 до 4 дней, после чего наступает выздоровление.

Грипп нередко дает осложнения: очаговые пневмонии, воспаление среднего уха и придаточных полостей носа, иногда миокардиты и серозные менингиты. С развитием осложнений лихорадочный период болезни удлиняется. В тяжелых случаях возможен летальный исход.

Распознавание. Основывается на клинических и эпидемиологических данных. Необходимо проведение дифференциального диагноза с сыпным и возвратным тифом, пневмониями, токсикоинфекциями, малярией, а в южных районах страны с лихорадкой паппатачи (см. соответствующие заболевания). Следует помнить, что лихорадочный период при гриппе непродолжителен (от 2 до 4 дней), если нет осложнений.

Лечение. Больной гриппом должен соблюдать постельный режим. Следует поместить его в хорошо вентилируемую теплую комнату, изолировав от окружающих ширмой. С целью предупреждения пневмоний, осложняющих в ряде случаев гриппозные заболевания, больной должен чаще поворачиваться в постели. Важно также следить за состоянием полости рта.

Лечение больных в основном симптоматическое. Удовлетворительные результаты иногда дает экмолин, который применяют местно путем закапывания по 4—6 капель в каждую ноздрю 3 раза в день или в виде ингаляций. Для лучшего действия экмолин применяется в сочетании с пенициллином (в виде драже, таблеток, внутримышечно).

Изоляция больного прекращается после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Основана на мерах борьбы с распространением гриппозной инфекции и на повышении защитных сил организма. Изоляция больного, тщательное проветривание комнаты, влажная уборка с 0,2% раствором хлорной извести, ношение марлевых масок, отдельная посуда для больного, обязательное пользование платком при кашле и чихании, закрывающим рот и нос, — все это препятствует распространению инфекции. К мерам личной профилактики относится строгое соблюдение правил личной гигиены, закаливание организма, спорт.

ДИЗЕНТЕРИЯ АМЕБНАЯ см. *Амебиаз.*

ДИЗЕНТЕРИЯ (DYSENTERIA) БАЦИЛЛЯРНАЯ — инфекционная болезнь человека, характеризующаяся общей интоксикацией организма, анатомическим и функциональным поражением толстого кишечника.

Возбудители болезни относятся к группе дизентерийных бактерий типа Григорьева-Шига, Флекснера, Зонне, Ньюкестл и др.

Встречающиеся в настоящее время возбудители дизентерии чаще всего относятся к бактериям вида Флекснера и Зонне.

В естественных условиях источником инфекции являются больные дизентерией и бактерионосители. Носительство инфекции нередко сопутствует хроническому дизентерийному процессу. Дизентерийные бактерии выделяются во внешнюю среду с испражнениями больных или бактерионосителей.

Дизентерию справедливо называют болезнью грязных рук. Заражение происходит при несоблюдении правил личной гигиены, при употреблении воды и пищи, инфицированных дизентерийными бактериями; определенное значение имеют мухи — пассивные переносчики возбудителей дизентерии. Заболевания встречаются в течение всего года, максимум июль — сентябрь.

Симптомы и течеине. Средняя продолжительность инкубациониого пернода 3 дия с возможными колебаниями от 2 до 7 дней.

В начале болезни нередко наблюдается продромальный период (общая слабость, недомоганне, потеря аппетита); затем повышается температура, возникают болн в животе, локализующнеся главным образом в левой подвздошиой областн, стул учащается, становится жидкнм.

Однако лнхорадка обычно вскоре прекращается; на первый план выступают типнчные проявлеиия болезни со стороны кншечника. Стул учащается (до 10 раз и более в сутки), в нем обиаруживают слнзь и примесь крови в виде прожилок. Боли в жнвоте принимают характер теиезмов — мучнтельных н большей частью безрезультатных позывов на испражненне.

Пальпнруя жнвот в левой подвздошной областн, можно установнть спазм и резкую болезненность сигмовидиой кишки. Больные нередко зябнут вследствне расстройства теплорегуляцни и иарушений водно-солевого обмена.

По мере выздоровления общее состояние больного значительно улучшается, стул становится реже, в нем уже не определяется слнзь и кровь. Характер стула в начале пернода выздоровлення кашицеобразный, затем он становнтся нормальным.

Прн днзеитернн, вызванной бактериями Зонне, болезненность н спазм толстого кишечника могут определяться в области поперечной, восходящей и даже слепой кншок. Нанболее частым исходом острой днзентернн, особенно если проводилось правнльное леченне, является полное выздоровление; однако у отдельных больных днзентерийный процесс может затягиваться, прииимая хроинческое течение.

Для хронической дизентерии характерны обостреиия, чередующнеся с пернодамн благополучня. Хроиическая дизеитерня может продолжаться в течение нескольких лет, прнчем больные представляют опасность для окружающих как источник распространения инфекцин.

Распозиавание. Основывается на клнинческой картиие болезни; в части случаев удается установнть пути заражения. Уточнению диагноза способствует исследоваиие инжнего отрезка (25—30 см) толстого кишечника при помощн ректороманоскопин.

При помощи посева свежих испражненнй больного можно получнть бактериологнческое подтверждение диагноза.

Дифференцнальный днагноз необходнмо проводить с токсикониифекциями, энтероколитамн, протозойными колитами и заболеваннями толстого кишечника нной этнологнн, с профессиоиальнымн интоксикацнямн, отравленнем грибами, а в отдельных случаях с полипамн и раком прямой кншкн.

Лечение. Больные острой дизентерней, а так же лнца, страдающие обостреинямн хронической днзентерии, помещаются в стациоиар. Основными средствамн лечения являются антнбиотнкн; при отсутствни их можно нспользовать сульфаниламнды.

Левомицетин (или синтомицин) назначают по 0,5 г 6 раз в день на протяженни 6—7 дней. Бномнцнн, тетрациклин нлн террамицин, которые действуют более эффективно, чем первые два препарата, назначаются по 0,3 г 4 раза в день на протяженнн 6—8 дней.

Сульфаниламнды (сульгнн, фталазол, сульфодимезнн) назначают по 1 г 4 раза в день в теченне 6—7 дней.

Всем больным необходнмо обеспечить на время острых проявлений постельный режнм, соблюденне диеты, подвоз внтаминов, с 6-го дня болезни в случаях, сопровождающнхся сопутствующими гельмиитозами, провести дегельминтизацию кислородом. Диета больных должна быть механически и химическн щадящей. Для взрослого в суточном рационе нужно предусмотреть до 400 г углеводов, 100—120 г белков и до 80 г жиров. В первые 2 дия болезнн следует более строго соблюдать днету, а затем ее можно несколько расширнть. Вначале больному дают следующую диету: кефир, простоквашу, свежий творог, яйцо всмятку, суп из хорошо

проваренной крупы (гречневой, риса), паровые котлеты, фрикадели, мясное суфле, картофельное пюре, рыбу свежую отварную, хорошо проваренную кашу из гречневой крупы со сливочным маслом, полужидкую рисовую кашу на молоке, сырые фрукты, ягодные и овощные соки, протертое или запеченное яблоко (без кожуры); разрешается немного икры. Допускается только черствый белый хлеб или белые сухари; с 4—5-го дня болезни можно давать хорошо пропеченный черный хлеб, а также расширить диету в целом.

При лечении сульфаниламидами необходим контроль морфологического состава крови (ввиду возможного развития агранулоцитарных реакций), а для лучшего выведения препарата из организма назначают обильное щелочное питье, в том числе боржом, ессентуки.

Для лечения больных хронической рецидивирующей дизентерией в периоде обострения применяют сочетание биомицина с вакцинотерапией. Спиртовую вакцину вводят подкожно один раз в день в нарастающих дозах (от 0,25 до 1,5 мл): всего на курс лечения проводится 10 инъекций.

Лечение детей. Основные положения определяются инструкцией. Пища ребенка, больного дизентерией, должна быть разнообразной и содержать все питательные вещества в определенном соотношении (белки, жиры, углеводы, соли, витамины). Пищу необходимо вкусно приготовлять.

Детям первого года жизни при тяжелой токсической дизентерии, сопровождающейся рвотой, назначают на 12—24 часов водную диету — 5% раствор глюкозы, физиологический раствор, подслащенный чай — из расчета 150 мл на 1 кг веса тела. В дальнейшем применяется дробное кормление сцеженным грудным молоком — 10 раз в сутки каждые 2 часа; начинают с 5—10 мл и добавляют жидкость до того объема, который требуется для данного возраста. Постепенно количество пищи увеличивают, соответственно уменьшая количество жидкости. Быстрота увеличения количества пищи и сроки прикладывания к груди зависят от состояния ребенка, его аппетита. При отсутствии грудного молока его заменяют кислыми смесями, разведенными кефиром или ацидофильным молоком, позже — кефиром или цельным ацидофильным молоком. При наступлении дезинтоксикации ребенок должен получать пищу, соответствующую его возрасту.

Детям старшего возраста при наличии рвоты тоже назначают водную диету на 10—12 часов; с улучшением состояния постепенно вводят смешанную протертую пищу.

Рекомендуется кефир, молочные каши, протертые овощные супы, овощное пюре, творог, кисель, сухари, черствый белый хлеб, сливочное масло, мясное пюре, суфле, яичный желток. Витамины дают в виде натуральных фруктовых и овощных соков, а также лекарственных препаратов (A, B, C, PP). Пепсин с соляной кислотой (до еды) и панкреатина с кальцием (после еды), в период выздоровления — рыбий жир.

Левомицетин детям с весом до 15 кг назначают по 10—15 мг на 1 кг веса на каждый прием 4 раза в сутки (через 6 часов или через 4 часа днем с 8-часовым ночным перерывом). Детям с весом более 15 кг левомицетин назначают в разовой дозе от 0,2 до 0,3 г.

Курс лечения состоит из двух циклов: первый цикл 7 дней, перерыв 4 дня; второй цикл — 4 дня.

Примечание. При хорошем терапевтическом эффекте первый цикл лечения может быть укорочен до 6 дней, а второй — до 2 дней. Синтомицин назначают по той же схеме, что и левомицетин.

Примечания. а) Лечебный эффект от применения левомицетина выше, чем при лечении синтомицином.

б) Лечение химиотерапевтическими препаратами рекомендуется сочетать с повторными переливаниями плазмы и крови, а у детей первых месяцев жизни — с внутримышечным введением крови матери (по 5—10 мл).

в) Лечение нужно проводить под систематическим контролем мочи и крови.

При упорной рвоте синтомицин и левомицетин применяют в виде свечей, но в дозировке, в $1^1/_2$ раза большей, чем при пероральном применении.

Синтомицин и левомицетин иногда вызывают побочные явления в виде сыпи и стоматита. При тяжелых побочных явлениях (рвота, потеря аппетита, падение веса, ухудшение кишечных явлений) прием препаратов временно прекращают.

Применение стрептомицина можно рекомендовать главным образом при лечении детей первого года жизни, у которых дизентерия часто протекает под видом токсической диспепсии.

Стрептомицин назначают внутрь в суточной дозе 100 000—200 000 ЕД в зависимости от возраста ребенка. Это количество растворяют в 25—30 мл дистиллированной воды и дают за 4—5 приемов в сутки. Курс лечения длится от 7 до 9 дней.

При отсутствии синтомицина, левомицетина и других антибиотиков применяют сульфаниламиды. Сульфаниламидные препараты назначают внутрь в дозах, зависящих от возраста ребенка: детям до 3 лет — из расчета 0,2 г на 1 кг веса ребенка в день; суточную дозу нужно делить на 4 приема и давать в течение дня, так как ночной сон ребенка должен длиться не менее 10—12 часов. Препарат применяют в течение 7 дней, не изменяя дозировки.

Детям старше 3 лет сульфаниламиды дают 4 раза в сутки; разовая доза — от 0,4 до 0,7 г в зависимости от возраста.

Во время лечения сульфаниламидами ребенок должен получать достаточное количество щелочной жидкости. В этот период нельзя назначать больному слабительных, а также УВЧ, кварц.

Надо иметь в виду возможность побочного действия препаратов (рвота, цианоз, беспокойство, появление сыпей полиморфного, уртикарного характера, лейко- и нейтропении).

Важным мероприятием является внутривенное введение сухой плазмы в количестве 50—70 мл каждые 1—2 дня, а при токсической форме дизентерии до 100—150 мл одномоментно. Плазму рекомендуется вводить как в первые дни заболевания — в период токсикоза с целью дезинтоксикации, так и в дальнейшем при замедленном выздоровлении, особенно при развившейся дистрофии. При наличии упорной рвоты, падении сердечно-сосудистой деятельности рекомендуется внутривенное вливание 20% раствора глюкозы (30—60 мл) при одновременном введении 5% раствора глюкозы или физиологического раствора под кожу. Лечение антибиотиками сочетают с переливанием плазмы.

Примечание. Комбинировать вливание глюкозы с ее подкожным введением совершенно необходимо при обезвоженности больного, когда введение раствора глюкозы только внутривенно может служить причиной возникновения судорожного состояния.

При гнойных осложнениях, плохом нарастании веса, развитии анемии рекомендуется переливание крови, которое производят повторно каждые 4—5 дней (4—6 трансфузий) из расчета 5—10 мл крови на 1 кг веса ребенка.

В процессе гемотрансфузий необходимо проводить для контроля морфологические исследования крови, а также биологическую пробу.

Благоприятный результат (уменьшение болей в животе и тенезмов) дает применение диатермии на область живота и местное облучение ртутно-кварцевой лампой. Подобное же действие оказывают и теплые ванны.

Хороший болеутоляющий и общеуспокаивающий эффект может дать применение озокерита. Дети хорошо переносят эту процедуру даже в самом раннем возрасте: у них уменьшаются тенезмы, беспокойство, восстанавливается нормальный сон.

В период выздоровления рекомендуется массаж и гимнастика.

При сердечно-сосудистых расстройствах у детей с тяжелыми формами дизентерии применяются сердечные средства (коразол, кордиамин, эфедрин) по общепринятым показаниям; при тенезмах назначают свечи с белладонной.

Для лечения затяжной и хронической формы дизентерии применяют спиртовую вакцину, приготовленную по методу Чернохвостова. Препарат вводят подкожно 5—6 раз, начиная с дозы 0,1 мл, и постепенно повышают ее на 0,1—0,2 мл; промежуток между инъекциями 2—4 дня. Показания к применению: наличие кишечных расстройств после перенесенной дизентерии с высевом дизентерийных палочек. Противопоказания к применению: возраст детей до 6 месяцев, состояние выраженной гипотрофии, заболевание другими (интеркуррентными) острыми инфекционными болезнями (или контакт с такими больными).

Кроме того, в зависимости от течения затяжной, хронической дизентерии показаны методы лечения, применяющиеся при острой дизентерии (панкреатин, переливание крови, плазмы), а при наличии осложнений—антибиотики. Наилучшие результаты дает лечение комбинированным методом.

Выписка выздоравливающих производится после исчезновения клинических симптомов, но не ранее 7-го дня от начала болезни, больной долечивается в амбулаторных условиях, находясь под диспансерным наблюдением.

При ранней выписке (с 7-го дня от начала болезни) необходимо учитывать эпидемиологическую обстановку, в которой будет находиться выписываемый больной. Для лиц, работающих на пищевых производствах, в продуктовых магазинах, буфетах, столовых и детских учреждениях, условием выписки, кроме того, служит троекратное получение отрицательного результата посева испражнений; эти посевы производятся с промежутком в 2 дня.

Профилактика 1. Обезвреживание больных как источников инфекции достигается возможно более ранней изоляцией их от коллектива, дезинфекционной обработкой их белья, постели, посуды, предметов ухода, уборной, уничтожением мух. Необходима правильная химиотерапия.

2. Для обеззараживания различных объектов внешней среды систематически проводятся общие оздоровительные и гигиенические мероприятия; соблюдение элементарных правил гигиены в быту; на производстве, содержание в чистоте уборных, дворов, улиц, правильная организация обезвреживания и вывоза мусора, нечистот, отбросов, охрана водоисточников, уничтожение переносчиков инфекции — мух и т. д.

3. Специфическая профилактика дизентерии осуществляется путем прививок дизентерийными вакцинами (жидкая вакцина для подкожной иммунизации). Существующие методы специфической профилактики дизентерии еще недостаточно эффективны.

Больные хронической дизентерией должны находиться под наблюдением кабинетов кишечных инфекций; в период обострения они должны проходить (в стационаре или амбулаторно) курс вакцинотерапии, сочетаемой с применением антибиотиков (биомицин, синтомицин, левомицетин). Необходимо разъяснять больным хронической дизентерией, а также окружающим их лицам, каковы пути передачи инфекции и в чем заключаются меры личной предосторожности. Эти больные не допускаются к работе на пищевых предприятиях, в столовых, детских садах и яслях и т. п.

ДИФТЕРИЯ (DIPHTHERIA) — общее острое инфекционное заболевание, характеризующееся интоксикацией организма и развитием фибринозно-воспалительных изменений в области входных ворот инфекции (зев, гортань, носовые ходы).

Болезнь чаще наблюдается у детей.

Возбудителем болезни являются дифтерийные палочки (B. diphtheriae), открытые Леффлером.

Особенностью дифтерийных бактерий является их способность выделять во внешнюю среду сильный экзотоксин.

Источником инфекции является больной человек или здоровый бактерионоситель. Инфекция передается воздушно-капельным путем — при кашле, чихании, когда мельчайшие частицы слизи из зева, верхних дыхательных путей или носовых ходов больного дифтерией (либо бактерионосителей), содержащие дифтерийные бактерии, выделяются во внешнюю среду, а затем попадают на слизистые оболочки зева здоровых людей.

В холодное время года ввиду частых в этом периоде катаральных изменений зева, носа и верхних дыхательных путей — здоровые люди (особенно дети) становятся более восприимчивыми к заболеванию дифтерией. Прививки анатоксином значительно уменьшают эту восприимчивость.

Заболевание дифтерией становится тем более вероятным, чем ближе и длительнее соприкасался здоровый восприимчивый человек (взрослый или ребенок) с больным дифтерией (либо бактерионосителем). Вот почему бытовая скученность способствует распространению дифтерии. В отдельных случаях дифтерийная инфекция может передаваться через третьих лиц или непрямым контактом (например, посредством игрушек).

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода составляет от 2 до 14 дней.

В соответствии с характером входных ворот инфекции различают: а) дифтерию зева; б) дифтерию носа; в) дифтерию гортани (круп); г) дифтерию глаз; д) дифтерию половых органов; е) дифтерию раны и кожи.

По степени интоксикации принято также различать: легкие, субтоксические и токсические формы дифтерии.

Дифтерия зева. Поражения зева при дифтерии могут захватывать только область миндалин (локализованная форма) или же распространяются также на небные дужки, мягкое небо и слизистую оболочку носоглотки (распространенная форма).

Особую разновидность дифтерии зева представляет катаральная форма, при которой имеется только катаральный процесс — гиперемия миндалин, но в мазках из зева находят бактерии дифтерии. В таких случаях диагностика представляет большие трудности. При подозрении на дифтерию у больных с катаром зева и наличием дифтерийных бактерий в мазках из зева необходимо проводить лечение антитоксической сывороткой. Наиболее часто встречается локализованная форма дифтерии зева.

В случаях средней тяжести болезнь начинается умеренным (до 38,3—38,4°) повышением температуры, ощущением разбитости, вялости и незначительной болезненностью при глотании. Через 24—36 часов от начала заболевания появляется умеренная гиперемия зева, а на одной или на обеих миндалинах образуются небольшие островчатые налеты беловато-серого цвета и умеренной плотности. После снятия налетов ватным тампоном или шпателем поверхность миндалины слегка кровоточит. На стороне поражения (а при поражении обеих миндалин — с обеих сторон) увеличиваются подчелюстные и передне-шейные лимфатические узлы. В подобных случаях болезнь протекает довольно легко. Если своевременно было начато сывороточное лечение, то уже через 2—4 дня самочувствие больного становится вполне удовлетворительным, налеты на миндалинах исчезают и температура приходит к норме.

При распространенной форме болезнь начинается остро, с озноба и повышения температуры до 38,5—39°; общая интоксикация организма может быть резко выражена. В зеве больного можно отметить значительную гиперемию и отечность миндалин, на которых имеются массивные, плотные налеты, с трудом отделяемые от подлежащей ткани миндалин. Налеты распространяются на слизистую оболочку носоглотки, небные дужки и мягкое небо. Изо рта больного иногда исходит своеобразный сладковатый запах, более выраженный при токсической форме дифтерии. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы, как правило, увеличены. Даже при

своевременно начатом и энергично проводившемся сывороточном лечении налеты в зеве исчезают лишь на 7—9-й день болезни.

Токсическая форма дифтерии зева протекает особенно тяжело. Чаще наблюдается острое начало с подъемом температуры до высоких цифр и резко выраженной интоксикацией; общее состояние больного тяжелое. Больной очень ослаблен, лицо его бледно, слегка одутловато. Изо рта исходит своеобразный сладковатый запах, из носа нередко вытекает сукровица. Характерно наличие значительно выраженного отека подкожной шейной клетчатки (с одной или обеих сторон в зависимости от распространения налетов на миндалинах). Пульс учащается до 130—150 ударов в минуту, напряжение и наполнение его понижены. Токсическая форма болезни сопровождается рядом тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы.

В наиболее тяжело протекающих (гипертоксических) случаях дифтерии возможна гибель больного на 1—2-й день болезни.

Дифтерия носа чаще встречается у детей грудного возраста; характерны сукровичные выделения из носа. Интоксикация выражена незначительно, температура нормальная или слегка повышена.

Дифтерия гортани (истинный круп) может быть самостоятельным заболеванием или присоединяется к дифтерии зева или носа, когда пленки распространяются на слизистую оболочку гортани.

Практически весьма важно распознавать истинный круп в наиболее ранней фазе его развития, которая продолжается 1—3 дня и характеризуется сухим, лающим кашлем, сиплым голосом с последующим ослаблением его до афонии. В дальнейшем развивается стадия стеноза: резко затрудняется вдох, западают наиболее уступчивые места грудной клетки. Наконец, развивается стадия асфиксии с резко выраженной кислородной недостаточностью (цианоз носа, губ, кончиков пальцев рук, похолодание рук и ног). При нарастающем ухудшении пульса и усилении артериальной гипотонии наступает смерть больного. Своевременно начатое и энергично проводимое лечение позволяет вывести больного дифтерийным крупом из крайне тяжелого состояния.

Дифтерия глаз сопровождается отечностью век, гиперемией конъюнктивы и наличием на ней пленок. Иногда дифтерийный процесс может распространяться на роговицу с развитием ее помутнения.

Дифтерия кожи и дифтерия половых органов (у детей) встречается редко, причем характерно образование на пораженных участках плотных серых налетов, а иногда и перифокального отека.

Осложнения дифтерии, чаще наблюдаемые при тяжелых формах ее, касаются главным образом сердечно-сосудистой и нервной системы.

При токсической форме дифтерии возможен ранний (на 3—4-й день болезни) паралич сердечной мышцы. После 8-го дня болезни иногда развивается тяжело протекающий миокардит.

В более позднем периоде (между 15-м и 22-м днем болезни) возможны периферические параличи, в том числе паралич мягкого неба (гнусавый голос, отвисание мягкого неба; при попытке проглотить жидкость она выливается через нос). У некоторых больных бывает паралич аккомодации глаз, мышечные параличи гортани и глотки.

Распознавание. Основывается на клинических и эпидемиологических данных. По возможности следует подтвердить диагноз исследованием на дифтерийные бактерии слизи из зева и носа; мазок берут стерильным ватным тампоном, пропитанным лошадиной сывороткой.

Дифференциальный диагноз проводится с катаральной, фолликулярной, лакунарной ангиной, с ангинозно-бубонной формой туляремии, инфекционным мононуклеозом и ангиной Венсана, в отдельных случаях — со скарлатиной (при наличии некротической ангины).

Лечение. Все больные дифтерией госпитализируются. За тяжелобольными необходим особо тщательный уход.

Пища больного должна быть полужидкая, легко усвояемая и высококалорийная, с достаточным количеством витаминов С и В. Суточная потребность в аскорбиновой кислоте больных дифтерией детей старшего возраста и взрослых составляет от 300 до 800 мг.

Постельный режим при легких формах дифтерии зева должен соблюдаться в течение 9—12 дней, при субтоксических и токсических формах — от 4 до 5 недель. Рот больной должен полоскать 2% раствором борной кислоты (маленьким детям делают спринцевание полости рта).

Деятельность сердечно-сосудистой системы поддерживают с помощью внутривенных вливаний глюкозы, подкожных инъекций эфедрина, кордиамина, стрнхнина, камфары; эти средства особенно необходимы прн развитии миокардита и нарастающей сосудистой недостаточности.

Основным средством лечения дифтерии служит антитоксическая противодифтерийная сыворотка, получаемая путем иммуннзацин лошадей дифтерийным токсином или анатоксином. Для уменьшения возможных явлений сывороточиой болезни применяют сыворотки днаферм, очищение от балластных белков при помощи электродиализа.

Сыворотку необходимо вводить как можно раньше.

Прн первом введении сыворотки применяют метод Безредки (сначала вводят 0,5 мл, а через 45 минут всю остальную дозу), чтобы избежать анафилактического шока.

Доза вводимой сыворотки определяется возрастом больного, тяжестью и сроком заболевания. В течение нескольких дней сыворотку вводят повторно, руководствуясь состоянием больного. В первый день лечения в случаях локализованной формы дифтерии больиому вводят 10 000—20 000 АЕ сыворотки, при токсических формах — от 20 000 до 30 000 АЕ. При наличин некрозов зева одновременно с антитоксической противодифтерийной сывороткой применяют пенициллин. Сыворотку вводят на протяжении нескольких дней (до получения отчетливого клинического эффекта).

Больным дифтерийным крупом антитоксическую сыворотку вводят по 25 000—40 000 АЕ в первые сутки лечения, тогда же решают вопрос о необходимости интубации или трахеотомии. В последующие дни введение сыворотки повторяют в дозах, зависящих от состояния больного.

Развитие периферическнх параличей требует применеиия внутримышечных инъекций витамина B_1 (для взрослого 0,5% раствора тиаминбромида по 1 мл) и прозерина (для взрослого 0,05% раствор по 1 мл).

В случае развития дифтерийного крупа, помимо сывороточного лечеиия, назначаются ингаляции паров 2% горячего раствора питьевой соды, а также кодеин внутрь (для успокоения кашля). При нарастающем стенозе и затрудненном дыхании применяется интубация. Иногда (например, при нисходящем крупе) интубация может не устранить стеноза и асфиксии; в такнх случаях приходится прибегать к трахеотомии.

Выписка перенесших дифтерию производится лишь после клинического выздоровления и двукратного исследования мазков из зева и носа на бактерионосительство; исследования производятся с 2-дневными промежутками. Для детей, находившихся в контакте с больным, достаточно однократного исследования.

Профнлактика. Все больные дифтерией подлежат обязательной госпитализации и сывороточному лечению. В очаге производят тщательную влажную дезинфекцию. В отношении лиц, находившихся в контакте с больным, разобщение проводится соответственно требованиям инструкции с условием однократного получения отрицательного результата бактериологического исследования.

В целях повышения невосприимчивости населеиия к возбудителю дифтерии всех детей в возрасте от 6 месяцев до 8 лет подвергают обязательной вакцинации анатоксином (схема подкожного введения дифтерийного анатоксина приводится ниже). Детям в возрасте от 9 до 12 лет прививки делают лишь по эпидемическим показаниям.

Для ликвидации бактерионосительства в последнее время рекомендуют пользоваться биомицином из расчета 200 000 ЕД 4 раза в день (для взрослого) в течение 5—6 дней, а также применять полоскание или смазывание зева 0,04% раствором грамицидина.

КАЛА-АЗАР см. *Лейшманиоз.*

КЛЕЩЕВОЙ ВОЗВРАТНЫЙ ТИФ — общее острое инфекционное заболевание, наблюдаемое в эндемических очагах.

Болезнь вызывается особым видом спирохет (Sp. Sogdianum) и передается человеку при укусе клещей из рода Ornithodorus, характеризуется повторными лихорадочными приступами.

Болезнь встречается в некоторых районах Средней Азии, где основным резервуаром инфекции является клещ Ornithodorus papillipes, гнездящийся в щелях стен жилых глинобитных построек; этим объясняется природная очаговость болезни. Необходима защита от укусов клещей.

Клещи нападают на человека главным образом в ночные часы, поэтому необходима защита постели от проникновения клещей во время сна.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода колеблется от 4 до 15 дней (в среднем 6—10 дней). Болезнь начинается остро: после озноба температура повышается до 38,5—39,5°.

На коже в области укуса клеща образуется папула темно-вишневого цвета. Слабость, разбитость во всем теле, незначительное увеличение селезенки, иктеричность кожи, умеренная болезненность в икроножных мышцах составляют клиническую картину первого приступа клещевого возвратного тифа. Приступы непродолжительны — от нескольких часов до 2—3 дней. Обычно бывает 6—8—12 приступов, но иногда за время болезни насчитывается 12—15 приступов и даже более.

Лихорадочные приступы заканчиваются критическим падением температуры и обильным отделением пота. Во время приступа в препаратах крови (в окрашенной фуксином толстой капле крови) можно обнаружить спирохеты.

Отдельные приступы разделяются безлихорадочными периодами (апирексия) продолжительностью от 2 до 8 дней. Длительность приступов и периодов апирексии колеблется в довольно широких пределах. Общая продолжительность болезни $1^1/_2$—2 месяца.

При исследовании крови обнаруживается нормальное или несколько пониженное количество лейкоцитов, относительный лимфоцитоз (до 30—40%) и моноцитоз (10—12%).

Хотя болезнь продолжается длительное время, прогноз благоприятный. Летальных исходов не наблюдается.

Лечение. Применяется альбомицин, который назначают взрослым в дозе 5 000 000 ЕД 2 раза в день подкожно, в дважды дистиллированной стерильной воде (с этой целью каждые 1 000 000 ЕД альбомицина растворяют 2 мл дважды дистиллированной воды).

Можно использовать и биомицин (или ауреомицин), который дают больному внутрь по 150 000—300 000 ЕД 4 раза в день на протяжении 6—8 дней.

Выписка производится на 23-й день после окончания последнего приступа.

Профилактика. Профилактика клещевого возвратного тифа в эндемических очагах заключается в правильном устройстве жилых и производственных помещений в городах, поселках и кишлаках (отсутствие щелей и пазов в стенах жилых построек и оград). Для уничтожения клещей в местах их обитания применяются эмульсии ДДТ, хлорпикрин, сжигание серы. Ножки кровати следует устанавливать в банки с 5% эмульсией ДДТ, что препятствует заползанию клещей в постели с пола.

КЛЕЩЕВОЙ СЫПНОЙ ТИФ (IXODORICKETTSIOSIS SIBIRICA) — общее острое инфекционное заболевание, вызываемое особым видом риккетсий. Передается человеку при укусах иксодовых клещей и характери-

зуется высокой температурной реакцией, наличием первичного аффекта на месте укуса клеща, а также типичными высыпаниями на коже.

Для клещевого сыпного тифа характерна природная очаговость. Резервуаром инфекции служат некоторые виды диких животных (суслики, мыши-полевки, хомяки), а также иксодовые клещи, одновременно являющиеся и переносчиками инфекции. Человек заражается при укусе клеща.

Клещевой сыпной тиф встречается в Сибири, на Дальнем Востоке и в некоторых районах Средней Азии.

Симптомы и течение. Болезнь начинается остро после инкубационного периода продолжительностью от 2 до 7 дней.

Вначале отмечается озноб с быстрым повышением температуры до 39,5—40°; больные жалуются на слабость, разбитость во всем теле, головные боли, а также мышечные боли в пояснице. На месте укуса клеща образуется первичный аффект — плотный инфильтрат, покрытый коричневой корочкой и окруженный розовой каемкой гиперемии. Развитию инфильтрата сопутствует регионарный лимфаденит (шейный, подмышечный). Соответственно наиболее частой локализации укуса инфильтраты располагаются чаще всего на шее, волосистой части головы, в области верхнего плечевого пояса. В первые 3—4 дня болезни лицо гиперемировано, сосуды конъюнктивы век и склер глаз насыщены кровью (красные «кроличьи» глаза). Позднее на спине, груди, на сгибательных поверхностях рук появляется полиморфная розеолезно-папулезная и частично петехиальная сыпь; она сохраняется на протяжении всего лихорадочного периода, исчезая с развитием небольшой пигментации кожи в местах имевшихся высыпаний.

Течение болезни благоприятное.

Распознавание. Учитывая эпидемиологические данные (проживание в эндемической местности, укус клеща), наличие первичного аффекта и клиническую картину, диагноз можно поставить лишь на 4—5-й день болезни. Реакция Вейль-Феликса положительная с 9—10-го дня заболевания. Для точной дифференциальной диагностики с сыпным тифом требуется постановка реакции связывания комплемента.

Лечение. Больные госпитализируются. С успехом применяется лечение биомицином (по 200 000 ЕД 4—5 раз в день до снижения температуры и еще 2 дня). Вполне удовлетворительные результаты дает применение синтомицина и левомицетина (по 0,75 г 4 раза в день на протяжении 5 дней).

Выписка производится на 12-й день после нормализации температуры.

Профилактика. Необходима тщательная расчистка предназначенного под жилые или производственные помещения земельного участка в той лесостепной местности, где встречаются заболевания клещевым сыпным тифом (т. е. в эндемических очагах). Соответствующий участок очищают от кустарника, валежника и травянистой растительности, вследствие чего клещи теряют условия своего природного обитания. В эндемических районах следует производить опыление домашних животных дустами ДДТ; присосавшиеся клещи отмирают и тем самым ликвидируется возможность укуса человека клещами, нередко паразитирующими на домашних животных.

Лицам, работающим в эндемических очагах, следует носить защитные комбинезоны (а при отсутствии таковых заправлять рубашку в брюки, завязывать рукава тесьмой, пользоваться защитной сеткой Павловского, надевать перчатки и сапоги). Ежедневно производят осмотр тела и удаляют присосавшихся клещей (лучше смазывать их и ближайший участок кожи растительным маслом, чтобы клещи безболезненно отделились от тела человека).

КОКЛЮШ (PERTUSSIS) — острозаразное заболевание детей грудного и раннего детского возраста; возможны единичные заболевания и среди взрослых.

Возбудителем болезни является палочка Борде-Жангу. Инфекция передается капельным путем. Заболеванию способствует катаральное состояние слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится от 5 до 16 дней. Различают три периода болезни: а) катаральный, б) судорожный, в) период разрешения.

Катаральный период характеризуется насморком, слезотечением, кашлем с повышением температуры до субфебрильных цифр. В более тяжелых случаях возможен подъем температуры до 39—39,5°. Общая продолжительность этого периода 5—15 дней; симптоматология его мало характерна, что затрудняет диагностику коклюша в этой ранней стадии развития болезни.

Судорожный период характеризуется приступами судорожного кашля, при которых кашлевые толчки следуют один за другим, вызывая состояние удушья. За кашлевыми толчками следует сильный вдох, сопровождающийся характерным свистом, обусловленным прохождением воздуха через сжатые голосовые связки. Ребенок как бы «закатывается», а затем снова следует ряд сильных кашлевых толчков. После нескольких глубоких вдохов выделяется стекловидная мокрота. Иногда приступ судорожного кашля сопровождается рвотой. В зависимости от тяжести болезни может наблюдаться от 5 до 25 и даже до 30 приступов в день. Чаще приступы развиваются в вечерние и ночные часы. Особенно мучительны приступы судорожного кашля на 5—6-й неделе заболевания. В промежутках между приступами вид больного также достаточно характерен: лицо его одутловато, нередко имеются надрывы на уздечке языка, а также кровоизлияния на склерах, вызванные судорожным кашлем.

Общая продолжительность судорожного периода 6—7 недель.

В дальнейшем приступы становятся все реже и протекают легко — начинается период разрешения болезни.

Распознавание. В начальном, катаральном, периоде распознавание болезни затруднительно. Правильной постановке диагноза могут помочь эпидемиологические данные (контакт с больным коклюшем). В судорожном периоде диагностика основывается на характерной клинической картине болезни.

Лечение. Необходимо обеспечить больному полный покой, поместить его в хорошо проветриваемое теплое помещение. Полезны частые прогулки и сон на воздухе. В яслях в группах для детей, больных коклюшем, сон проводится в спальных мешках на веранде. Нередко приступ коклюша обрывается, если в момент появления судорожного кашля чем-либо внезапно отвлечь внимание ребенка. Во время приступа ребенку следует придать сидячее положение.

Из химиотерапевтических средств с достаточно хорошим результатом применяют биомицин, тетрациклин или террамицин в средних терапевтических дозах, соответствующих возрасту больного.

Изоляция больного прекращается через 30 дней от момента появления судорожного кашля. Разобщение детей в возрасте до 10 лет, ранее не болевших коклюшем, прекращается через 21 день от момента последнего контакта с больным.

Профилактика. Выявление и изоляция больных коклюшем, особенно в детских учреждениях.

При достоверном контакте с больным коклюшем проводят серопрофилактику (подкожное введение 50—60 мл сыворотки крови взрослых людей или инъекция гамма-глобулина).

При появлении хотя бы одного больного коклюшем в детских учреждениях (ясли, детские сады) устанавливают карантин (на 30 дней с момента появления у заболевшего ребенка судорожного кашля). Желательна организация в детских учреждениях специальных групп для детей, больных коклюшем.

КОРЬ (MORBILLI) — распространенная детская инфекция. Иногда наблюдается и у взрослых, не болевших корью в детстве.

Возбудитель кори — особого вида фильтрующийся вирус. Источником заражения является больной корью, особенно в катаральном периоде болезни, до возникновения сыпи и даже в последние дни инкубации.

Инфекция передается воздушно-капельным путем.

Симптомы и течение. Инкубационный период составляет в среднем 10 дней, но у привитых против кори может удлиняться до 28 дней.

Заболеванию предшествует период предвестников; повышение температуры (до 38,3—38,7°), насморк, сухой, лающий кашель. Со 2—3-го дня болезни присоединяется конъюнктивит. Осматривая слизистую оболочку щек в области малых коренных зубов, в этом периоде можно обнаружить белесоватые, круглой формы участки диаметром 1—2 мм, приподнятые над поверхностью резко гиперемированной слизистой оболочки; на этих участках происходит отрубевидное слущивание эпителия. Это — симптом Филатова-Бельского. На 3-й день болезни на твердом небе обнаруживается разлитая гиперемия. С 4-го дня резко повышается температура (до 39,5—40,5°), на лице появляется крупнопапулезная сыпь, нередко сливного характера. Между элементами высыпания отмечаются участки совершенно нормальной кожи. Со 2-го дня высыпания, что соответствует 5-му дню болезни, сыпь появляется на коже туловища, а на 3-й день высыпания (6-й день болезни) ее можно обнаружить также на конечностях. На высоте заболевания в крови отмечается лейкопения с относительной лимфопенией. Сыпь исчезает в такой же последовательности, в какой шло высыпание. На участках высыпания появляется пигментация и мелкое отрубевидное шелушение.

Течение неосложненной кори обычно благоприятное, поскольку болезнь, как правило, заканчивается выздоровлением. Однако корь может осложняться развитием пневмонии, точнее, диффузным перибронхитом (высокая температура, тахикардия, одышка, небольшое укорочение перкуторного звука в задне-нижних отделах легких и бронхиальный оттенок дыхания). Развитие пневмонии значительно ухудшает прогноз.

Корь может осложниться также развитием ложного крупа, который возникает остро в виде приступа асфиксии, чаще в ночные часы, и сопровождается отеком голосовых связок. В подобных случаях необходимо провести дифференциальный диагноз с истинным дифтерийным крупом (см. *Дифтерия*). При развившемся ложном крупе интубацию не применяют; необходимо использовать отвлекающие средства в виде горячих ножных ванн.

У детей младшего возраста корь может вызвать гнойные отиты, энтериты; иногда наблюдается упорная рвота.

Распознавание. Со 2—3-го дня катарального периода и в первые дни высыпания диагностика кори основывается на клинической картине и наличии симптома Филатова-Бельского; этот симптом отмечается у 80—85% всех больных корью. В более поздние периоды заболевания следует учитывать катаральные явления и последовательность кожных высыпаний.

Необходимо исключить грипп, скарлатину, натуральную оспу, коревидную краснуху (см. соответствующие разделы), сывороточную и лекарственную сыпь.

Лечение. Больного корью в домашних условиях необходимо изолировать. При тяжелом течении болезни нужно поместить его в больницу. Комната, в которой находится больной, должна быть достаточно светлой и теплой; ее необходимо как можно чаще проветривать и содержать в безупречной чистоте.

Особое внимание следует уделять уходу за глазами, носом и ртом. Глаза промывают 4—5 раз в день кипяченой или 1% борной кислотой и ежедневно вводят в них стерильный рыбий жир. Нос прочищают ватными

жгутиками, смоченными 1% раствором борной кислоты. Для орошения и промывания рта рекомендуется частое питье (в частности, морс).

Во избежание пневмонии больного следует чаще поворачивать в постели. При осложнении пневмонией применяют внутримышечные инъекции пенициллина, вливания глюкозы, инъекции камфары, кофеин.

Изоляция больного продолжается до 5-го (включительно) дня с момента появления первых элементов сыпи на лице, при наличии осложнений — до 10-го дня болезни. Разобщение детей, находившихся в контакте с больным, прекращается для непривитых через 21 день после контакта, для привитых — через 28 дней.

Профилактика. После изоляции больного всем детям, находившимся в контакте с ним и не болевшим корью, следует ввести гамма-глобулин (2—3 мл внутримышечно) или противокоревую сыворотку (30—60 мл). За неимением противокоревой сыворотки можно использовать сыворотку здоровых взрослых. В целях профилактики кори применяют гамма-глобулин человеческой сыворотки (подкожно в дозе от 1,5 до 3 мл).

При приеме детей в ясли, детские сады, школы и больницы нужно проводить тщательный контроль для выявления больных, подозрительных на корь, а также детей, находившихся в контакте с больным. При обнаружении в группе яслей или детского сада ребенка, больного корью, всем детям этой группы, находившимся в контакте с заболевшим, вводят противокоревую сыворотку (от 30 до 60 мл) или гамма-глобулин.

КРАСНУХА КОРЕВИДНАЯ (RUBEOLA MORBILLOSA) встречается обычно у детей в возрасте от 4 до 10 лет. Возбудителем ее является особый вид фильтрующегося вируса. Болезнь передается воздушно-капельным путем. Больной заразен главным образом в конце инкубационного периода, но заразительность сохраняется вплоть до исчезновения сыпи.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубации составляет от 14 до 23 дней. Заболевание начинается с подъема температуры до 38,3—38,5°. Общее самочувствие обычно остается хорошим. В конце первого дня болезни на лице, а затем и на теле без какой-либо определенной последовательности появляется розеолезная сыпь розового цвета. Одновременно увеличиваются затылочные лимфатические узлы, что служит важным дифференциально-диагностическим признаком. Не исключена возможность увеличения и других лимфатических узлов. Чаще имеется сочетанное увеличение затылочных лимфатических узлов, прощупываемых за сосцевидным отростком, подмышечных и паховых лимфатических узлов. В крови наблюдается лейкопения с лимфоцитозом и моноцитозом. Сыпь сохраняется на коже в течение 2—3 дней, после чего исчезает, не оставляя шелушения или пигментации.

Распознавание. Основывается на клинических симптомах и на картине крови. Следует обращать особое внимание на увеличение лимфатических узлов, что облегчит дифференциальный диагноз с корью.

Лечение. Постельный режим в течение 2—3 дней без медикаментозного лечения. Изоляция прекращается через 6 дней от начала высыпания.

Профилактика. Больного изолируют на 10 дней от начала заболевания. Контактировавшие с ним дети не допускаются в детские учреждения в течение 14 дней.

ЛЕЙШМАНИОЗЫ (LEISHMANIOSIS) — инфекционные заболевания с длительным течением. Встречается в странах с теплым климатом. В СССР наблюдается в Средней Азии и Закавказье. Лейшманиоз у человека протекает в виде или общего лихорадочного заболевания — висцеральный лейшманиоз (у взрослых носит название кала-азара, а у детей — тропической спленомегалии), или кожных поражений — кожный лейшманиоз (пендинская язва). Возбудители болезни относятся к простейшим — лейшманиям (leishmania). Переносчиками лейшманиозов являются москиты — флеботомусы, резервуаром инфекции — собаки, грызуны; возможна передача инфекции от больного человека здоровому.

Висцеральный лейшманиоз (kala-azar). Симптомы и течение. Инкубационный период длится от нескольких дней до 3—10 месяцев. Заболеванию предшествует период предвестников (незначительное повышение температуры, мышечные и головные боли, слабость, разбитость, понижение аппетита и т. д.). Начало заболевания сопровождается ремиттирующего типа подъемом температуры до высоких цифр, увеличением селезенки и печени, нарастанием анемии и исхуданием. Кожа суха, легко шелушится; на коже и слизистых оболочках отмечаются геморрагии. Возможны кишечные, носовые, легочные кровотечения, гематурии. Кровь — анемия, пойкилоцитоз, эритробластоз, лейкопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Диагноз подтверждается исследованием пунктата костного мозга. Необходим дифференциальный диагноз с малярией *(см.)*.

Лечение. Хорошие результаты при лечении больных кала-азаром дают препараты сурьмы. В настоящее время в терапевтической практике наиболее употребителен солюсурьмин, который вводится в 20% растворе внутривенно или внутримышечно, согласно приведенной ниже схеме. Растворы солюсурьмина лучше готовить непосредственно перед вливанием, растворяя препарат в дважды дистиллированной воде, а затем подвергая раствор стерилизации нагреванием. Препарат вводится больному ежедневно один раз с постепенным нарастанием дозы до третьей инъекции, а затем в постоянных дозах. Всего делается 12 инъекций. При недостаточности лечебного эффекта аналогичный курс лечения повторяют через 2 месяца.

Схема дозировок 20% раствора солюсурьмина при лечении висцерального лейшманиоза (в миллилитрах раствора на 1 кг веса тела больного)

Группы больных	Первое введение	Второе введение	Третье и последнее введение
Дети до 10 лет (нормотрофики) . . .	0,25	0,5	0,75
Дети, больные дистрофией; больные с различными присоединившимися заболеваниями	0,2	0,4	0,6
Дети старше 10 лет и взрослые . . .	0,2	0,2	0,5

Примечание. В случаях, когда после 8—10 инъекций не наступает значительного улучшения в состоянии больных, дозу увеличивают до 1 мл 20% раствора препарата на 1 кг веса тела больного и в этих дозах выполняют (однократно в день) еще от 2 до 4 инъекций.

Помимо лечения солюсурьмином, необходима общеукрепляющая терапия (переливание крови по 150 мл каждые 3 дня, препараты железа и фосфора, витамины, полноценное питание).

Профилактика. Профилактика основывается на своевременном лечении больных лейшманиозом, уничтожении больных собак. Осуществление предупредительных мероприятий возможно лишь при тесном контакте медицинских и ветеринарных работников. Важную роль играет применение инсектицидных средств для уничтожения москитов (дусты ДДТ, гексахлоран, пиретрум), побелка жилых и животноводческих построек раствором гашеной извести. В целях личной профилактики в районах распространения лейшманиоза следует применять мустикеры (защитные сетки для головы, лица, шеи), пропитанные диметилфталатом или какими-либо другими отпугивающими москитов средствами (например, смесью из 10 частей дегтя и 90 частей 5% раствора едкого кали). В жилых

помещениях должны быть постоянно засетчены окна. Спать следует под марлевым пологом, укрепленным над кроватью.

Кожный лейшманиоз (пендинская язва). Симптомы и течение. При рано изъязвляющейся форме инкубационный период длится от нескольких дней до 2 месяцев, при поздно изъязвляющейся форме — от 2 до 6 месяцев и даже до 2 лет.

Остро некротизирующаяся форма лейшманиоза сопровождается появлением на коже, в месте внедрения инфекции, узелка ярко-красного цвета около 1 см в диаметре, окруженного зоной отека. Через 10—20 дней в центре этого участка образуется некроз с типичным струпом, под которым возникает глубокая язва; вокруг язвы появляются новые бугорки с теми же их последовательными превращениями. На протяжении 4—5 месяцев язва увеличивается, а затем эпителизируется с образованием небольшого рубца.

При поздно изъязвляющейся форме лейшманиоза на коже возникает небольшой, до 3 мм в диаметре, инфильтрат, в центре которого образуется углубление в виде кратера, покрытого мелкими чешуйками. Затем пораженный участок затягивается корочкой, под которой возникает язва глубиной до 3 мм; позднее начинается рубцевание, заканчивающееся через $1^1/_2$—2 года.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Необходимо провести дифференциальный диагноз с сифилитическими гуммами. На препаратах соскоба грануляций, взятых близ края язвы и окрашенных по Романовскому-Гимза, при микроскопическом исследовании можно обнаружить лейшмании.

Лечение. В случаях остро некротизирующегося кожного лейшманиоза назначают норсульфазол (по 1 г 3 раза в день в течение 6—7 дней) и одновременно присыпают язву порошком норсульфазола. Вспомогательное значение имеет лечение биомицином (по 200 000 ЕД 4 раза в день на протяжении 6—7 дней).

В случаях поздно изъязвляющегося лейшманиоза применяют дезинфицирующие мази (1% риваноловая, 1% акрихиновая), а также пропитывание узелков в ранней стадии их развития 5% раствором акрихина, жидкостью Гордеева.

Профилактика. Для предупреждения кожного лейшманиоза необходимо проводить мероприятия по уничтожению москитов (например, опыление 10% дустом ДДТ) и дератизацию (уничтожение сусликов, песчанок).

ЛЕПТОСПИРОЗ БЕЗЖЕЛТУШНЫЙ (ВОДНАЯ ЛИХОРАДКА) (FEBRIS AQUATILIS) — инфекционное заболевание людей и животных, вызываемое особого рода микроорганизмами — лептоспирами.

Заболевание чаще возникает среди сельского населения в период летне-осенних полевых работ. Распространяется как среди людей, так и среди сельскохозяйственных животных почти исключительно через воду (пруды, небольшие озера, заболоченные луга и т. д.), загрязненную выделениями диких и домашних животных, содержащими лептоспиры. Резервуаром инфекции в природе являются дикие (хищники, грызуны, насекомоядные) и домашние животные (рогатый скот, лошади, свиньи, собаки). Заражение происходит через поврежденную кожу и слизистые оболочки при работе на заливных лугах, при купании, при контакте с животными, являющимися носителями инфекции.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится 5—9 дней. Заболевание начинается внезапно с озноба, общей слабости, резких головных болей и болей в мышцах, главным образом икроножных. Глаза больного блестят, отмечается инъекция сосудов конъюнктивы век и глазного яблока. Температура повышается до 38—40° и держится на этих цифрах 6—8 дней, а затем обычно снижается. Одновременно со снижением температуры или за сутки до него на коже груди и живота появляется сыпь,

напоминающая крапивницу; сыпь держится 1—2 дня. Через 2—3 дня после снижения температуры до нормы возможен вторичный подъем ее, вслед за чем наступает период выздоровления. В разгар заболевания в крови отмечается небольшой лейкоцитоз, а в моче — незначительная альбуминурия. Болезнь сопровождается образованием антител — агглютининов, лизинов, комплементсвязывающих антител, что используется в целях лабораторной диагностики.

Распознавание. Основывается на клинической симптоматологии и эпидемиологических данных (работа на заболоченных лугах, купание, контакт со свиньями). Реакция агглютинации-лизиса служит подтверждением диагноза.

Сыворотку крови больных для постановки этой реакции берут с 4—5-го дня заболевания. При отсутствии лаборатории нужно подсушить 2—3 отдельные капли сыворотки крови больного на полоске фильтровальной бумаги и переслать ее в закрытом конверте в ближайшую лабораторию для постановки реакции агглютинации-лизиса.

Дифференциальный диагноз следует проводить с гриппом, сыпным тифом, а в местностях, где встречается лихорадка паппатачи и возвратный тиф, также с этими заболеваниями.

Лечение. Больных госпитализируют. Применяется пенициллин (внутримышечно по 800 000—1 000 000 ЕД в день на протяжении 4—5 дней). Изоляция прекращается после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Лицам, работающим в заболоченных местах, рекомендуется не пить некипяченой воды, не купаться. Необходимо пользоваться непромокаемой обувью и рукавицами. При уходе за больными животными обязательно следует соблюдать правила предосторожности.

Персонал, обслуживающий свиноводческие фермы (свинарки, зоотехники, животноводы), должен носить резиновые перчатки и сапоги, комбинезоны, строго следить за гигиеническим содержанием рук (смазывание кожи вазелином для предупреждения трещин, в течение рабочего дня повторное мытье рук 0,5% раствором хлорамина и горячей водой с мылом).

В настоящее время проводятся профилактические прививки противолептоспирозной вакциной; эти прививки уменьшают заболеваемость. Больных следует изолировать на весь период выделения лептоспир с мочой, а мочу подвергать обеззараживанию.

ЛИХОРАДКА КУ (RICKETSIOSIS Q) — острое инфекционное заболевание, передающееся от больных животных человеку. Сопровождается лихорадочной реакцией и своеобразной пневмонией.

Возбудителями болезни являются риккетсии Бернета.

В виде единичных заболеваний лихорадка Ку встречается в различных местностях СССР (преимущественно в животноводческих районах Средней Азии и Урала, но иногда также в Европейской части страны). В естественных условиях источником инфекции служат коровы, козы и овцы; их шерсть и кожа могут быть заразительны для людей, занятых переработкой этого сырья в местностях, находящихся даже на большом расстоянии от естественных очагов инфекции. В подобных случаях, а также при контакте людей с больными животными возбудитель может проникнуть в организм человека с частицами пыли (при обработке шерсти), через ссадины и царапины кожи. Известную роль в передаче инфекции от больных животных человеку играют паразитирующие на них гамазовые клещи.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода от 14 до 26 дней. В начале болезни наблюдается сильный озноб, температура за 24—36 часов повышается до 39—40°, появляются сильные головные боли, разбитость во всем теле, мышечные боли (по преимуществу в нижних конечностях). В большинстве случаев лихорадка Ку сопровождается развитием специфической риккетсиозной пневмонии: с 5—6-го дня болезни появляется сухой кашель, одышка, иногда возникают боли в грудной клетке. При перкуссии легких в задне-нижних отделах обнаружи-

вается притупление звука, при аускультации — небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Рентгеноскопия выявляет небольшие инфильтративные очаги в нижних долях легких.

Лихорадочный период длится от 5 до 15 дней; в конце его наблюдается литическое снижение температуры. У выздоравливающих восстановление сил и трудоспособности происходит медленно. Иногда болезнь протекает тяжело и может принимать септическое течение (лихорадка держится длительное время, значительно нарушается деятельность сердечно-сосудистой и нервной системы, нередки различные осложнения).

При обычном течении болезни прогноз благоприятный.

Распознавание. Основывается на эпидемиологических данных и тщательном анализе клинической картины заболевания. Наличие в легких очаговых изменений пневмонического характера, выявляемых на рентгенограммах, также должно быть принято во внимание. После 11—13-го дня болезни диагноз облегчают лабораторные исследования (реакция агглютинации и реакция связывания комплемента с антигеном риккетсий Бернета).

Лечение. Больных госпитализируют. Им обеспечивается уход, обычный для всех лихорадящих больных.

Хорошие результаты дает лечение синтомицином (левомицетином), а также биомицином. Любой из этих препаратов назначают для приема внутрь на протяжении 5—7 дней; изредка продолжительность лечебного курса приходится удлинять. Синтомицин назначают по 0,5 г 6 раз в день, биомицин — по 300 000 ЕД 4 раза в день.

Профилактика. Меры ветеринарного контроля за скотом, выявление больных животных, санитарно-просветительная работа среди людей, занимающихся животноводством и переработкой шерсти, охрана труда этих лиц, а также систематическое уничтожение гамазовых клещей — переносчиков инфекции. Разработаны методы вакцинации.

ЛИХОРАДКА ПАППАТАЧИ, МОСКИТНАЯ ЛИХОРАДКА (FEBRIS PAPPATASII) — заболевание, свойственное жарким местностям. В СССР встречается в Средней Азии, Закавказье, на Северном Кавказе, в Крыму.

Возбудитель болезни — особый вид фильтрующегося вируса, переносчик — москиты-флеботомусы. Москит становится заразительным лишь по прошествии 7—10 дней от момента насасывания им крови больного человека. Москиты кусают человека ночью.

Симптомы и течение. Длительность инкубационного периода 3—8 дней. Болезнь начинается внезапно, без предвестников. В течение нескольких часов резко повышается температура (до 39—40°) почти без озноба. Больной испытывает резкую слабость, сильную головную боль, боли в мышцах (преимущественно икроножных). Лицо гиперемировано, одутловато. Прикосновение к глазному яблоку и произвольное отведение его сопровождаются болезненностью. Пульс отстает от уровня температуры.

В крови отмечается лейкопения и значительная нейтропения, сохраняющаяся даже после снижения температуры. Иногда острый период болезни сопровождается гастроэнтеритом с повторной рвотой и поносом.

Прогноз благоприятный. В течение 2—3 дней после выздоровления наблюдается упадок сил.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Необходимо провести дифференциальный диагноз с сыпным тифом (в первые 3 дня), малярией, водной лихорадкой и клещевым возвратным тифом.

Лечение. Больной нуждается в постельном режиме, который соблюдается также в течение 5—6 дней после падения температуры. Назначают аналгезирующие средства (пирамидон, фенацетин, анальгин), сердечно-сосудистые препараты (кофеин, кордиамин).

Изоляция прекращается после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Меры профилактики заключаются в защите человека от нападения москитов (полог над кроватью, москитные сетки, засетчивание окон и распыление в их проемах 10% дустов ДДТ).

МАЛЯРИЯ (MALARIA) — инфекционное заболевание человека, вызываемое простейшими кровопаразитами — плазмодиями. Передается от больного человека здоровому при посредстве комара анофелес. Характеризуется сменой острых лихорадочных приступов (пароксизмов) и межприступных периодов.

Источником инфекции являются больные активной формой малярии, а также гаметоносители, т. е. люди, в организме которых может длительно находиться одна из форм развития малярийного плазмодия. Болезнь вызывается малярийными плазмодиями четырех различных видов; практическое значение имеют только три вида (Pl. vivax, Pl. malariae, Pl. falciparum), обусловливающие возникновение трехдневной, четырехдневной и тропической малярии.

В организме человека малярийный плазмодий проходит главным образом бесполый цикл развития, паразитируя внутри эритроцитов. Однако могут образовываться и половые формы плазмодиев, которые заглатываются комаром анофелес с кровью больного. В организме комара плазмодии проходят только половой цикл развития. Здоровый человек заражается малярией, если при укусе комара анофелес с его слюной в кровь человека проникают спорозоиты, являющиеся одной из форм развития плазмодия.

При трехдневной и тропической малярии спорозоиты, проникнув в организм зараженного ими человека, поселяются в соединительнотканных и ретикуло-эндотелиальных клетках (печень, селезенка). Достигнув известной степени развития, эти тканевые формы плазмодия внедряются в эритроцитов, проходя затем внутриэритроцитарный цикл развития. В стадии образования мерозоитов происходит выхождение плазмодиев из эритроцитов; этому моменту соответствует начало лихорадочного приступа. Затем мерозоиты вновь внедряются в здоровые эритроциты с последующим развитием нового эритроцитарного цикла.

В случае трехдневной малярии при микроскопическом исследовании мазка или толстой капли крови больного, окрашенных по Романовскому-Гимза, можно обнаружить внутри эритроцита плазмодии в виде кольца (голубой ободок кольца образует протоплазму паразита, а «камушек перстня» составляет его ядро, окрашенное в карминно-красный цвет).

Для возбудителя четырехдневной малярии характерна форма «ленты», для плазмодия тропической малярии — форма «полулуния».

Малярия чаще встречается в заболоченных местах. Появление свежих случаев малярии наблюдается при наличии определенных условий, обеспечивающих жизнедеятельность комаров анофелес и их личинок с возможностью размножения комаров (наличие непроточных водоемов, достаточно высокая внешняя температура — от 18° и выше, обусловливающая возможность размножения спорозоитов в теле комара).

Наибольшее количество случаев трехдневной малярии отмечается в августе; для средней полосы СССР и более северных областей характерна возможность заражения в конце лета с появлением клинических симптомов малярии ранней весной. Эти случаи трехдневной малярии с длительной инкубацией вызываются особым («северным») штаммом плазмодия.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода при трехдневной малярии составляет от 10 до 18 дней, удлиняясь в случаях, вызванных «северным штаммом» плазмодия трехдневной малярии, до нескольких месяцев.

Характерным признаком малярии является возникновение острых приступов озноба с быстрым повышением температуры до высоких цифр с последующим критическим ее падением, сопровождающимся проливным пóтом. При трехдневной малярии приступы повторяются через 48 часов, при более редко встречающейся четырехдневной — через 72 часа, а при тропической

малярии носят нерегулярный характер (чаще через 56 часов). При трехдневной малярии после резкого, нередко потрясающего озноба, наступающего в первой половине дня, температура за 1—2 часа достигает 41° и выше. На высоте приступа больной испытывает жар во всем теле и сильную жажду. Продолжительность приступа 5—7 часов. Спустя несколько часов после приступа самочувствие больного становится вполне удовлетворительным.

Повторные приступы ведут к развитию малокровия; у больных увеличивается печень и селезенка, кожа и склеры глаз принимают желтушный оттенок. Тропическая малярия протекает особенно длительно и тяжело.

Малярия может осложняться развитием гепатитов, циррозов печени, а также нефритов. Возможно развитие малярийной комы (бессознательное состояние, повышение, а затем отсутствие сухожильных рефлексов, паралитическое расширение зрачков, одышка, падение температуры тела, слабое напряжение пульса).

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Подтверждением малярии является нахождение под микроскопом малярийных плазмодиев в препаратах крови. Препараты крови (мазок или толстая капля) на предметном стекле после высушивания завертывают в фильтровальную бумагу и в конверте отправляют для исследования на санитарно-эпидемиологическую станцию.

Лечение. Применяется акрихин (действующий преимущественно на шизонтов), плазмоцид (который действует главным образом на гаметоцитов), а также бигумаль, хиноцид.

Акрихин обычно назначают внутрь. Первые 2 дня больному дают по 2 таблетки, содержащие каждая 0,1 г акрихина, 3 раза в день, в последующие 2 дня — по одной таблетке 3 раза в день; затем следует 10-дневный перерыв. После перерыва снова назначают акрихин по 0,1 г 3 раза в день на протяжении 5 дней. После второго 10-дневного интервала проводят третий 5-дневный цикл лечения.

Акрихин применяют иногда и внутримышечно в 4% растворе по 3—4 мл (вводить следует строго внутримышечно во избежание попадания в подкожную клетчатку, что вызывает резкое жжение).

Плазмоцид назначают взрослым по 0,02 г на прием вместе с акрихином или бигумалем. Дозу плазмоцида ни в коем случае нельзя повышать; при передозировке может развиться слепота.

Таблетки, содержащие плазмоцид и акрихин, имеют зеленый цвет (0,1 г акрихина и 0,02 г плазмоцида). Дают по одной таблетке 3 раза в день на протяжении 5 дней.

Лечение акрихином в сочетании с плазмоцидом следует повторять во избежание рецидивов, как указано ниже на схеме.

Схема систематического курса лечения акрихином и плазмоцидом

Циклы и перерывы	Продолжительность в днях	Разовая доза в г	
		акрихин	плазмоцид
Первый цикл	4 { на 1-й день	0,2	0,02
	на 2—4-й день	0,1	0,02
Перерыв	7	—	—
Второй цикл	3	0,1	0,02
Перерыв	7	—	—
Третий цикл	3	0,1	0,02

Примечание. Препараты даются в указанных дозах 3 раза в день.

В последние годы с успехом применяют бигумаль (по 0,1 г 3 раза в день в течение 6—8 дней). Этот препарат особенно эффективен при лечении тропической малярии.

При любом методе терапии необходимо провести противорецидивное лечение, к которому приступают по прошествии $1^1/_2$—2 месяцев после основного курса. На следующий год противорецидивное лечение повторяют: при трехдневной малярии — в начале апреля, при тропической — в августе — сентябре.

Разработана весьма эффективная схема лечения малярии акрихином, плазмоцидом и бигумалем, которые принимаются больным одновременно.

Схема 7-дневного курса лечения малярии акрихином, плазмоцидом и бигумалем в граммах (схема АПБ)

Продолжительность курса в днях	День лечебного курса	Первый прием			Второй прием			Порядок приема
		акрихин	плазмоцид	бигумаль	акрихин	плазмоцид	бигумаль	
7	1-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	1. Акрихин, плазмоцид и бигумаль принимают одновременно
	2-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	
	3-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	
	4-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	2. Промежуток между первым и вторым приемом 6—8 часов
	5-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	
	6-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	
	7-й	0,2	0,02	0,2	0,1	0,02	0,1	

В целях безрецидивного лечения, закончив 7-дневный курс лечения по схеме АПБ, делают перерыв на 10 дней, а затем в течение 14 дней применяют хиноцид (по 0,02 г 2 раза в день). Хиноцид действует на тканевые формы возбудителя трехдневной малярии.

Для лечения малярийной комы применяют энергичную противомалярийную терапию (4% раствор акрихина внутримышечно по 6—8 мл 2 раза в каждый из первых 2 дней лечения и 50% раствор двусолянокислого хинина внутримышечно по 1 мл 2 раза в день) с одновременным введением эфедрина, лобелина или цититона, физиологического раствора и глюкозы. В случае осложнения малярии нефритом применяется бигумаль, молочно-растительная бессолевая диета, внутрь — 10% хлористый кальций, аскорбиновая кислота.

Профилактика. Осушение и дренаж заболоченных мест, очистка водоемов, а также уничтожение личинок комаров при помощи нефтевания, опрыскивания ядовитыми для личинок веществами (разбрызгивание с самолетов). В жилых и производственных помещениях окрыленных комаров истребляют, опыляя стены, потолок и проемы окон порошками, содержащими препарат ДДТ. Необходимо засетчивать окна и двери, пользоваться пологами над кроватями. В целях химиопрофилактики рекомендуется прием таблеток акрихина (0,1 г) с плазмоцидом (0,02 г) или прием бигумаля (0,1 г) — по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2 дней; прием этих препаратов повторяют каждые 5 дней с апреля по октябрь. У каждого больного, подозрительного на заболевание малярией (особенно в весенне-летний период и прежде всего в тех местностях, где встречается малярия), необходимо взять толстую каплю и мазок крови на предметное стекло для исследования на малярию.

МЕНИНГИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЙ (MENINGITIS CEREBROSPINALIS EPIDEMICA) — острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением мягких оболочек мозга.

Возбудитель болезни — менингококк Вексельбаума. Единственным источником инфекции является человек. Эпидемиологическое значение имеет обычно не столько сам больной, сколько здоровые носители, находящиеся в его окружении. Заражение происходит капельным путем. Заболеванию менингитом часто предшествует катаральное состояние слизистой оболочки носоглотки — места внедрения инфекции.

Менингококки проникают по лимфатическим путям, а частично, по-видимому, и гематогенно, к оболочкам головного и верхних отделов спинного мозга, вызывая в них воспалительные изменения; поэтому менингит называется цереброспинальным.

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается от нескольких часов до 6—7 дней. Болезнь развивается остро, среди полного здоровья. Температура резко повышается (до 39—40°); несмотря на сильнейшие головные боли, сознание сохраняется.

В начале заболевания нередко наблюдается однократная или повторная рвота, часто герпес.

Характерны клинические признаки поражения мозговых оболочек; ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, повышенная чувствительность. Первый из этих признаков заключается в том, что при попытке согнуть голову больного так, чтобы его подбородок коснулся груди, ощущается значительное сопротивление мышц шеи. Симптом Кернига выражается в невозможности разогнуть в коленном суставе ногу, согнутую в тазобедренном суставе. У некоторых больных наблюдаются положительные симптомы Брудзинского, Гордона, Оппенгейма. Вследствие вовлечения в патологический процесс черепномозговых нервов наблюдается косоглазие, нарушение конвергенции и аккомодации; возможно появление нистагма. Нередко у больного менингитом зрачки правого и левого глаза имеют неодинаковый диаметр (анизокория).

В крови больного отмечается лейкоцитоз (до 30 000—40 000 лейкоцитов в 1 мм^3) с нейтрофильным сдвигом влево. Спинномозговая жидкость мутная, вытекает струей (что свидетельствует о повышении давления), содержит много белка, большое количество нейтрофильных лейкоцитов и менингококков. Реакции Панди и Нонне-Апельта положительны.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Существенную помощь в диагностике оказывает исследование спинномозговой жидкости (исследование окрашенных мазков, установление повышенного количества клеток в ликворе, увеличение содержания в нем белка по реакции Панди).

Лечение и уход. Пенициллин вводят в дозах от 600 000 до 900 000 ЕД в сутки внутримышечно в течение нескольких дней вплоть до получения стойкого клинического эффекта и нормализации ликвора (необходимы повторные спинномозговые пункции).

Помимо внутримышечного введения пенициллина, рекомендуются ежедневные инъекции в спинномозговой канал раствора натриевой соли кристаллического пенициллина по 50 000—100 000 ЕД в один прием; инъекции делают 3 дня подряд. Для этих вливаний пригодна только *натриевая соль* кристаллического бензил-пенициллина, которую растворяют в 3 мл стерильного физиологического (0,85%) раствора хлористого натрия. Непосредственно перед вливанием извлекают 5—6 мл спинномозговой жидкости. Внутримышечные вливания пенициллина прекращают после исчезновения основных клинических симптомов болезни и достаточной нормализации ликвора.

Можно сочетать лечение пенициллином и сульфаниламидными препаратами (например, назначать норсульфазол по 1 г 4 раза в день в течение всего курса лечения).

Удовлетворительные, хотя и менее надежные результаты, дает применение только сульфаниламидных препаратов (норсульфазол или сульфодн-

мезин по 1 г 4—5 раз в день на протяженнн нескольких дней до получения стойкого клинического эффекта и достаточной нормализации ликвора).

Днета: большие колнчества витамина С (до 500 мг в сутки) н витамина B_1.

Симптоматнческое лечение применяют по показаниям. Выписка переболевшнх производится после нсчезновення клинических симптомов, достаточной нормализации спинномозговой жидкости и двукратного получення отрнцательных результатов нсследовання слизи нз носоглоткн на менингококки (но не ранее 30-го дня от начала болезни).

Профилактика. Обязательная госпитализация больного; тщательная дезннфекцня очага; тщательное выявление бактерионосителей с обязательным отстранением нх от работы в детских коллективах. О менингитах иной этиологии см. *Нервные болезни*.

МОНОНУКЛЕОЗ ИНФЕКЦИОННЫЙ (MONONUCLEOSIS INFECTIOSA). Болезнь характеризуется развитием ангины, лимфаденита, лихорадочной реакцией н лейкоцитозом с преобладанием в лейкоцитарном ряду моноцнтов, лимфоцнтов, атипичных клеток.

Возбудитель мононуклеоза — особый вид фильтрующегося вируса. Источником ннфекции является больной человек. Инфекция распространяется воздушно-капельным путем.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода 7—12 дней. Болезнь начинается остро, с быстрым повышением температуры до 38,5—39,5°; вслед за этим появляется боль при глотании. Миндалины гиперемированы, разрыхлены и значительно увеличены. На 3—4-й день болезни поверхность миндалин покрывается сероватым налетом; одновременно увеличиваются передне- и задне-шейные лимфатические узлы. Изредка оказываются увеличенными подмышечные и паховые лимфатические узлы. У многих больных отмечается увеличение селезенки. Лихорадочный период продолжается до 12—25 дней.

Кровь: характерен лейкоцитоз (12 000—18 000); в лейкоцитарной формуле преобладают моноциты и лимфоциты, а также одноядерные атипичные, широкоплазменные клетки, имеющие резко базофильную протоплазму. Прогноз обычно благоприятный.

Распознавание. Основывается на клинической картине, эпидемиологических данных и положительной реакции Пауль-Буннеля (которая является доказательной в титре 1 : 64 или при более высоких разведениях сыворотки). Дифференциальный диагноз — с дифтерией зева и ангинами различной этиологии.

Лечение. Больных изолируют. Иногда применяют внутримышечные инъекции пенициллина (по 600 000—900 000 ЕД в сутки на протяжении 5—6 дней). Кроме того, применяется полоскание рта раствором риванола 1 : 1000.

Профилактика. Основные мероприятия — выявление и госпитализация больных.

МОСКИТНАЯ ЛИХОРАДКА см. *Лихорадка паппатачи.*

ОРНИТОЗ (ORNITHOSIS) — острое инфекционное заболевание человека, передающееся от больных птиц. Сопровождается лихорадочной реакцией и атипично протекающей пневмонией.

Возбудителем болезни является группа фильтрующихся вирусов; по своим биологическим свойствам к этим микроорганизмам весьма близок возбудитель пситтакоза — заболевания, передающегося человеку от птиц попугайной породы и характеризующегося клинической картиной, весьма сходной с орнитозом.

Резервуаром орнитозной инфекции в природе являются голуби, утки и буревестники. Заражение человека от птиц, больных орнитозом, происходит при близком контакте с ними, преимущественно воздушно-капельным путем. Чаще болеют работники птицеводческих хозяйств и лица, занимающиеся разведением голубей. Признаками заболевания у этих птиц являются конъюнктивит, скопление гноя в углах глаз, поносы.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода от 7 до 15 дней. Болезнь начинается остро ознобом, быстрым повышением температуры, общим недомоганием. Вслед за этим появляются тупые боли в грудной клетке, кашель с очень незначительным отделением слизистой мокроты. Перкуторные и аускультативные данные скудны, поэтому для распознавания орнитоза необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки. При рентгеноскопии и рентгенографии выявляются мелкие очаги затемнения, указывающие на атипичную пневмонию.

Распознавание. Основывается на эпидемиологических данных (контакт с птицами, больными орнитозом), клинической картине, данных рентгенологического исследования грудной клетки, а также на положительных результатах реакции связывания комплемента и кожной аллергической пробы. Для постановки этой пробы специально приготовленный орнитозный антиген вводят в количестве 0,1 мл внутрикожно в область предплечья.

Результаты кожной пробы учитываются дважды — через 24 и 48 часов после ее постановки; положительным результатом считается наличие в месте инъекции пятна гиперемии размером не менее $3 \times 2{,}5$ см.

Лечение. Всех больных госпитализируют. Применяют биомицин (по 300 000 ЕД 4 раза в день на протяжении 6—10 дней) до получения стойкого клинического эффекта, выражающегося в снижении температуры и ликвидации очаговой пневмонии.

Профилактика. В птицеводческих хозяйствах необходимы: выявление и забой больных птиц, последующая дезинфекция хлорной известью. Аналогичные мероприятия проводятся при обнаружении больных голубей. В случае возможного контакта с больными птицами обязательно ношение респираторов или марлевых повязок. Персонал птицеводческих хозяйств, имеющий дело с утками, должен строго соблюдать меры личной профилактики, помня о возможных путях передачи орнитозной инфекции.

ОСПА ВЕТРЯНАЯ см. *Ветряная оспа.*

ОСПА НАТУРАЛЬНАЯ (VARIOLA VERA) — тяжелое острое инфекционное заболевание. Вызывается особым видом фильтрующегося вируса, повреждающим кожу и слизистые оболочки человека. Распространяется воздушно-капельным и контактным путем.

Источником инфекции являются больные оспой и реконвалесценты в первые дни выздоровления. Больной заразен от последнего дня инкубации до отпадения корочек на коже и слизистых оболочках.

Хотя натуральная оспа в нашей стране уже давно ликвидирована, все же не следует забывать о возможности заноса инфекции из других государств. Несвоевременная или неправильная вакцинация, нарушение сроков ревакцинации благоприятствуют распространению оспы даже в тех местностях, где до заноса инфекции ее длительное время совершенно не было.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода от 5 до 15 дней.

Болезнь начинается симптомами продромального периода внезапно с озноба, резкого повышения температуры (до 40°). С этого момента устанавливается температура постоянного типа, сохраняющаяся в течение 3—4 дней; наряду с этим отмечаются головные боли, общая слабость и разбитость, боли в крестце. Наиболее типично для этого продромального периода появление мелкоточечной сыпи на коже. Сыпь ограничена строго определенными участками тела, располагаясь в виде треугольников; один из них занимает низ живота и внутреннюю часть передней поверхности бедер, а другой ограничивается большой грудной мышцей и верхневнутренней частью плеча. Характер и расположение сыпи облегчают диагноз.

К началу 4-го дня болезни температура начинает снижаться, вслед за чем на коже и слизистых оболочках появляются характерные высыпания — папулы, имеющие темно-красный цвет. На 7—8-й день наступает период «цветения» сыпи, когда папулы превращаются в пузырек — везикулу,

имеющую вдавление в центре (пупок). В ближайшие 2 дня везикулы увеличиваются, достигая 3—4 мм в диаметре; на вершине некоторых везикул образуется втяжение — «оспенный пупок». По внешнему виду оспенные везикулы, имеющие в центре вдавления и наполненные лимфой, напоминают жемчужину, выступающую из толщи кожи. Каждая везикула окружена узкой каемкой гиперемии; каждая везикула, а в дальнейшем течении — пустула разделена перегородками из клеточных стенок на несколько полостей. При прокалывании стерильной иглой одной из полостей везикула не спадается. Большинство элементов расположено на плотном основании.

Особенно обильные высыпания покрывают лицо и кисти рук; на слизистых оболочках мягкого неба, глотки, десен, носовых ходов и конъюнктив обычно имеются такие же высыпания, как на коже. Вследствие этого у больного затрудняется носовое дыхание, появляется светобоязнь и слезотечение, охриплость голоса, кашель и слюнотечение. Мацерация эпителия слизистой оболочки рта и носа приводит к тому, что на месте везикул легко образуются язвочки.

Последовательный переход папул в везикулы (стадия цветения сыпи) происходит на 7—8-й день болезни в том же порядке, как появлялись высыпания. С 9-го дня температура вновь поднимается до высокого уровня и начинается стадия нагноения. Этот период является наиболее мучительным для больного.

В последующие дни температурная кривая колеблется в пределах до 1,5°. Общее состояние больного значительно ухудшается, сознание нередко затемнено; некоторые больные при этом становятся агрессивными.

Вследствие накопления лимфы внутри везикул их стенки напрягаются; содержимое везикул мутнеет в результате нагноения, поэтому они приобретают желтый цвет, тем самым последовательно превращаясь в пустулы. Красный ободок, окружающий пустулу, становится более широким и приобретает яркокрасный цвет. В области высыпаний подкожная клетчатка и кожа припухают, заметно отечными становятся и веки.

Вследствие наличия на коже и слизистых оболочках многочисленных пустул появляется резкая боль в тех местах, которые испытывают давление под тяжестью тела; больной стремится принять в постели наиболее удобную позу. Растянутые изнутри, истонченные стенки пустул легко лопаются и гной выступает наружу, стекая на кожу и белье. Истечение гноя вызывает мацерацию кожи и резкий зуд.

В результате раздражения и отека слизистых оболочек носоглотки и зева возникает боль при глотании, вынуждающая больных отказываться от приема пищи. Затрудненность дыхания, одышка, а иногда также припадки удушья, вызванные отеком гортани, значительно ухудшают состояние больного. Оно особенно отягощается вследствие мучительной бессонницы.

С 11—12-го дня болезни наступает стадия подсыхания корочек в области пустул; при этом пустулы съеживаются и подсыхают. Сперва на лице, а затем последовательно на коже туловища и конечностей пустулы приобретают коричневую окраску и покрываются сухими корочками.

Вслед за постепенным исчезновением воспалительных изменений кожи и слизистых оболочек уменьшаются боли, связанные в первую очередь с поражением глотки, но зато начинает беспокоить сильный зуд. Больные сдирают корочки, под которыми образуются язвочки.

Только с исчезновением болезненных симптомов со стороны кожи и слизистых оболочек общее состояние больных заметно улучшается; на 14—16-й день болезни температура приходит к норме. На 18—19-й день корочки в местах, где имелись пустулы, постепенно отпадают и тогда по всему телу становятся видны красноватые пятна, приобретающие со временем бурый оттенок. На месте глубоких пустулезных поражений на коже лица в дальнейшем на всю жизнь остаются округлой формы рубцы («рябины»). Пустулезные высыпания на конъюнктивах могут вызвать помутнение роговицы и слепоту.

Помимо описанной типичной клинической картины натуральной оспы, возможны различные ее варианты. Так, например, при сливной оспе бывает чрезвычайно обильное высыпание пустул, местами сливающихся между собой. Изредка наблюдается геморрагическая пустулезная оспа, при которой к содержимому пустул примешивается кровь (черная оспа). Встречается также молниеносно протекающая оспа со смертельным исходом. Как разновидность клинического течения оспы следует отметить вариолоид — сравнительно легко, нетипично протекающую форму болезни у людей, обладающих частичным иммунитетом к оспе (давно привитых и неревакцинированных): высыпания единичны, ограничиваясь папулами и везикулами.

При тяжелых формах оспы наблюдаются осложнения в результате присоединения вторичной инфекции (нарывы, флегмоны, гангренозные поражения слизистых оболочек, пролежни). В легких развивается бронхопневмония. У женщин нередки маточные кровотечения, аборты, у мужчин — орхиты.

Распознавание. Основывается на клинических, эпидемиологических и лабораторных данных. Необходимо провести дифференциальный диагноз с ветряной оспой (см. *Ветряная оспа*).

Для лабораторной диагностики оспы исследуют мазок из содержимого пустул.

Лечение. Применяется симптоматическое лечение. При уходе за больным необходимо предупреждать развитие пролежней, протирать рот и язык тампоном, смоченным в 3% растворе глицерина с борной кислотой. Участки кожных высыпаний «припудривают» 2% раствором марганцовокислого калия на ватке, а веки глаз слегка протирают 1% раствором борной кислоты; в период подсыхания корочек их смазывают 1% ментоловой мазью. Для профилактики гнойных осложнений следует вводить внутримышечно пенициллин (по 900 000 ЕД в день во время пустулезной стадии болезни). В первые три дня лечения вводят гамма-глобулин.

Профилактика. Больной подлежит строгой изоляции в лечебном учреждении с проведением тщательной текущей дезинфекции. О каждом заболевании натуральной оспой необходимо в установленном порядке известить вышестоящие органы здравоохранения вплоть до Противоэпидемического управления Министерства здравоохранения СССР.

Людям, находившимся в контакте с больным, делают противооспенные предохранительные прививки; необходима изоляция и медицинское наблюдение за ними в течение 14 дней. Наряду с этим во избежание заноса инфекции проводятся карантинные мероприятия. Переболевший натуральной оспой может быть выписан не ранее 40 дней от момента начала болезни и лишь после отпадения всех корочек на коже.

Прививки против оспы проводят с помощью оспенного детрита, выпускаемого в малых стеклянных трубочках, содержащих по 10—20 доз; детрит сохраняют в сухом прохладном месте. Прививки осуществляются путем накожной иммунизации (для чего на кожу плеча, после предварительного протирания ее спиртом, наносится 2—3 капли разведенной растворителем сухой вакцины, через которую проводят оспопрививательным пером поверхностные насечки). Прививки делают согласно специальной инструкции. Сухую вакцину разводят стерильным физиологическим раствором с глицерином непосредственно перед применением.

Высокая эффективность противооспенных прививок и ревакцинаций делают их надежным средством борьбы с оспой.

Все дети в возрасте 3—6 месяцев подвергаются первичной вакцинации. Повторные прививки (ревакцинации) проводятся в возрасте 4—5, 10—11 и 18—20 лет. При непосредственной угрозе эпидемического распространения оспы прививки делают всему населению (поголовная ревакцинация).

ПАРАТИФЫ А И Б (PARATYPHUS A et B) — инфекционные заболевания, очень сходные по своему клиническому течению с брюшным тифом.

Возбудители паратифозных заболеваний — паратифозные палочки А и Б. Источником инфекции является больной, реконвалесцент или бактерионоситель.

Симптомы и течение. Паратиф А по своему клиническому течению не отличим от брюшного тифа средней тяжести; паратиф Б отличается более острым началом, нередко преобладанием желудочно-кишечных симптомов (рвота, понос) и ранним появлением обильной розеолезной сыпи, выступающей над поверхностью кожи. При обеих формах паратифа иногда отмечается герпес, возможны поты.

Распознавание. Основывается на клинической картине, данных бактериологического (посев крови, мочи, кала, желчи) и серологического (реакция агглютинации) исследований.

Лечение и профилактика см. *Брюшной тиф.*

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ, СВИНКА (PAROTITIS EPIDEMICA) — инфекционная болезнь детского возраста. Наиболее восприимчивы дети в возрасте от 5 до 15 лет. Возбудитель свинки — фильтрующийся вирус. Источником инфекции является больной человек, особенно в последние дни инкубации. Путь передачи инфекции воздушно-капельный. Болезнь чаще наблюдается зимой и в марте — апреле.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится 18—25 дней. Болезнь начинается с общего недомогания, головной боли. Температура может достигать 40°. Спустя 2 дня после начала заболевания соответственно месту расположения околоушной слюнной железы появляется припухлость. Опухшая железа болезненна, кожа над ней не изменена. Обычно сначала припухает одна железа, затем другая. Болезнь длится 1—2 недели. Из осложнений у мальчиков возможен орхит, у девочек — воспаление яичников. Кроме того, болезнь иногда осложняется панкреатитом или менингитом.

Распознавание. Основывается на данных эпидемиологического анамнеза и клиники.

Лечение. Постельный режим, согревающий компресс или, лучше, сухое тепло на припухшие железы.

Профилактика. Изоляция больного на 21 день от начала заболевания; но не ранее исчезновения клинических симптомов. За последнее время разработаны методы вакцинации, используемые в случае развития эпидемической вспышки болезни.

ПЕНДИНСКАЯ ЯЗВА см. *Лейшманиоз.*

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ. Пищевые отравления возникают в результате употребления в пищу продуктов, инфицированных патогенными микробами и их токсинами.

Возбудители пищевых токсикоинфекций составляют обширную группу бактерий, главным образом — сальмонелл (до 500 видов), важнейшими из которых является палочка Бреслау, палочка Гертнера и др. Иногда токсикоинфекции вызываются условно патогенными бактериями (палочка протея), стафилококками, стрептококками и даже кишечной палочкой, обитающей в кишечнике всех здоровых людей.

Важную роль в распространении этих заболеваний играют инфицированные мясо и рыба. Заражение мяса может происходить прижизненно (животные могут быть здоровыми носителями инфекции) или после убоя (неправильный процесс убоя и разделки туш, неправильное хранение, антисанитарные условия при перевозке мяса, нарушение правил кулинарной обработки).

Пищевые токсикоинфекции могут встречаться в виде единичных случаев заболевания и массовых вспышек (если несколько людей употребляли один и тот же продукт).

Симптомы и течение. Инкубационный период составляет чаще 8—14 часов, но может колебаться в пределах от 2 до 24 часов. Обычно болезнь начинается остро — с озноба и ухудшения общего самочувствия.

Затем появляются тошнота, рвота, боли в животе и вслед за этим частый жидкий стул калового характера (острый гастроэнтерит). В некоторых случаях в испражнениях наблюдается слизь и даже примесь крови в виде прожилок, что создает известное сходство с дизентерией.

При значительной интоксикации болезнь протекает тяжело; ухудшается напряжение и наполнение пульса, падает артериальное давление, возможна острая сосудистая недостаточность (коллапс); обычно отмечается повышение температуры в течение 1—3 дней, доходящее иногда до высоких цифр. Если течение болезни благоприятное и лечение начато рано, все болезненные явления стихают через 4—6 дней.

После токсикоинфекции возможны осложнения, чаще со стороны желудочно-кишечного тракта (острые или хронические холециститы, колиты).

Распознавание. Основывается на анамнезе, клинической картине болезни и эпидемиологических данных (заболевание нескольких лиц, употреблявших один и тот же продукт).

Лечение. Вслед за поступлением больного в стационар необходимо произвести промывание желудка 0,5% раствором питьевой соды через толстый зонд. Одновременно назначают солевое слабительное и очистительную клизму. Больного необходимо немедленно уложить в теплую постель, согревать грелками, давать горячее питье (крепкий сладкий чай или кофе). Необходимо следить за сердечно-сосудистой деятельностью, поддерживая ее инъекциями эфедрина, кофеина, камфары. Больному вводят физиологический раствор внутривенно (лучше капельным методом), а также подкожно. Кроме того, вводят внутривенно 40% раствор глюкозы (от 50 до 100 мл) и подкожно 5% раствор глюкозы (500—600 мл).

Хороший эффект дает применение левомицетина (по 0,75 г 4 раза в день на протяжении 3—4 дней) и биомицина (200 000 ЕД 4—5 раз в день на протяжении 3—4 дней).

Необходимо провести бактериологическое исследование испражнений, рвотных масс и промывных вод желудка, собранных в отдельные стеклянные простерилизованные банки, плотно закрытые крышкой. При повышенной температуре производят посев крови. Обязательно также бактериологическое исследование продуктов, послуживших причиной токсикоинфекции. В зимнее время банки с пробками при перевозке в лабораторию помещают в утепленный ватой ящик.

Испражнения больного в случаях токсикоинфекции, вызванной палочкой Бреслау, нужно обеззараживать 10% раствором хлорной извести, так как больной в течение нескольких дней может выделять патогенные бактерии.

Профилактика. Основную роль играют меры ветеринарного и санитарного надзора за скотом, подлежащим убою, обеспечение санитарно-гигиенических требований при хранении мяса, рыбы и других продуктов, а также правильная кулинарная обработка и сохранение пищевых продуктов на холоду. Категорически запрещается употребление в пищу продуктов, которые по внешнему виду или запаху кажутся недоброкачественными; не следует также употреблять консервы, если банка имеет вздутие (бомбаж).

ПСИТТАКОЗ см. *Орнитоз.*

РОЖА (ERUSIPELAS) — острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококком и выражающееся в характерном воспалении кожи или слизистых оболочек. Особенностью рожистого воспаления является нахождение возбудителя только в толще кожи.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится в среднем 3—5 дней.

Болезнь начинается с общих проявлений: озноба, быстрого подъема температуры до 39—40°, головных болей, чувства разбитости. В области входных ворот инфекции образуется болезненное красное пятно, горячее на ощупь и несколько приподнятое над окружающей поверхностью кожи. Покрасневший участок отграничен от здоровой кожи валикообразной припух-

лостью. Края гиперемированного пораженного участка резко очерчены от окружающей неизмененной кожи зазубренной, фестончатой линией. В дальнейшем участок рожистого воспаления может быстро увеличиваться. Чаще всего поражается кожа лица. Такая форма рожи носит название эритематозной. Иногда в силу выпотевания серозной жидкости под наружные слои кожи возникают пузыри — буллезная форма рожи.

Реже встречается блуждающая рожа, при которой воспалительный процесс перемещается с одного участка кожи на другой. В отдельных случаях наблюдается повторная рожа с прежней локализацией.

Картина крови характеризуется увеличением общего количества лейкоцитов и нейтрофильным сдвигом влево.

Лечение. Наиболее благоприятные результаты достигаются при лечении пенициллином, который вводят по 600 000—900 000 ЕД в сутки внутримышечно. Применяют синтомицин или левомицетин по 0,5 г 6 раз в день до падения температуры, а затем по 0,5 4 раза в день на протяжении 3—4 дней. Рекомендуется комбинированное лечение пенициллином и синтомицином; при этом синтомицин назначается внутрь по 0,5 г 6 раз в день, а пенициллин — по 600 000 ЕД в сутки (внутримышечно).

Больных госпитализируют в отдельные палаты, хотя заражение от них других людей наблюдается очень редко. Применяют также стрептоцид по 1 г 5 раз в день до падения температуры, а в течение последующих 3—5 дней — по 0,5 г 6 раз в день.

Если позволяет локализация рожистого процесса, то одновременно с приемом стрептоцида следует применять ультрафиолетовое облучение кожи кварцевой лампой (эритемные и субэритемные дозы).

При уходе за больными необходимо поддерживать чистоту кожи, тщательно соблюдая требования асептики и антисептики при перевязках. Снятые с больного повязки сжигают.

Больным необходимо давать как можно больше питья. У тяжелобольных важно следить за мочеиспусканием.

Изоляция больного прекращается после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Необходима повседневная забота о чистоте кожи, борьба с производственным и бытовым травматизмом, соблюдение правил гигиены. В условиях больниц и поликлиник при разных медицинских манипуляциях важно соблюдать требования асептики и антисептики во избежание развития рожистого процесса.

САП (MALLEUS) — общее инфекционное заболевание из группы зоонозов.

Возбудитель — тонкая неподвижная палочка B. mallei.

Основным источником инфекции являются сельскохозяйственные животные и прежде всего лошади; известное значение в эпидемиологии сапа играют больные люди.

Заражение человека происходит преимущественно от больных лошадей, причем инфекция может передаваться или капельным путем при легочных формах, или путем прямого контакта, внедряясь через повреждения кожи и слизистых оболочек.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода 4—5 дней. При острой форме сапа на месте внедрения инфекции образуется красноватая бляшка с постепенным развитием из нее кожного узелка и пустулы. Образование этих элементов сопровождается температурной реакцией, увеличением селезенки. В дальнейшем пустула изъязвляется и вокруг нее высыпают дополнительные папулы, совершающие тот же метаморфоз с превращением в пустулы.

Для сапа характерно развитие на коже и слизистых оболочках специфических узелков (гранулем), которые, нагнаиваясь, образуют язвы или абсцессы. Течение болезни характеризуется наклонностью к развитию острого сепсиса с летальным исходом.

Острый сап сопровождается бактериемией и рядом симптомов септического заболевания; в результате гематогенного обсеменения в различных органах и весьма часто на коже образуются множественные пустулы, наклонные к изъязвлению.

Язвенные поражения при сапе характеризуются подрытыми краями, сальным дном. Одновременно развивается воспаление близлежащих лимфатических сосудов и узлов. На слизистой оболочке носа образуются изъязвления, отмечается истечение сукровичной жидкости. В мышцах, главным образом икроножных, возникают глубокие абсцессы, нередко опорожняющиеся через свищ.

Болезнь протекает крайне тяжело. Состояние больного прогрессивно ухудшается, присоединяются изнурительные поносы, и при нарастании сердечной слабости больной погибает.

Х р о н и ч е с к и й с а п может тянуться годами, сопровождаясь поражением кожи, слизистой оболочки носа, образованием узелков в легочной ткани и глубоких абсцессов в мышцах, что приводит к значительно выраженному общему истощению.

Р а с п о з н а в а н и е. Основывается на клинической картине с учетом профессии больного, анамнеза и данных о наличии заболевания сапом среди лошадей. Обнаружение бактерий сапа в окрашенных мазках из содержимого пустул подтверждает диагноз.

Л е ч е н и е. Все больные сапом подлежат строгой изоляции. Лечение симптоматическое, а при наличии абсцессов — хирургическое. Для предупреждения вторичной инфекции применяют инъекции пенициллина.

П р о ф и л а к т и к а. Основную роль играет своевременное выявление больных лошадей при помощи конъюнктивальной (маллеиновой) пробы, а также соблюдение всех мер личной профилактики при уходе за лошадьми (защитные комбинезоны и очки-консервы, резиновые перчатки, дезинфекция рук 0,25% раствором хлорамина, замачивание спецодежды в 0,5% растворе хлорамина с последующим кипячением). В помещениях для больных лошадей производят тщательную дезинфекцию 10% раствором хлорной извести; подстилки сжигают.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА (ANTHRAX) — острозаразное заболевание человека и сельскохозяйственных животных (зоонозная инфекция). Возбудитель инфекции — довольно крупная бактерия, имеющая под микроскопом вид палочки с обрубленными концами. Находясь во внешней среде, палочка сибирской язвы образует споры, которые могут сохранять жизнеспособность на протяжении многих месяцев и даже лет. При попадании спор сибирской язвы в организм человека или животного через кожу, верхние дыхательные пути или слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта образуется вегетативная форма в виде палочки, окруженной капсулой.

Источником инфекции в основном являются животные, больные сибирской язвой (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи).

Заражение сибирской язвой может носить профессиональный характер (уход за больными животными, обработка кожи, шкур, шерсти, щетины от больных животных) и бытовой (например, ношение шерстяного платка, зараженного спорами сибирской язвы). В настоящее время благодаря широкой системе профилактических мероприятий сибирская язва встречается в СССР в единичных случаях.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Средняя продолжительность инкубационного периода 2—3 дня. Сибирская язва может протекать в виде кожной, легочной и желудочно-кишечной формы.

К о ж н а я ф о р м а, наиболее часто встречающаяся, характеризуется образованием карбункула. По прошествии 2—3 дней с момента внедрения возбудителя в кожу на поверхности ее образуется небольшое, но сильно зудящее красное пятнышко, вскоре превращающееся в плотный узелок — папулу. Через несколько часов на вершине папулы возникает пустула — пузырек, постепенно наполняющийся гнойным содержимым.

Затем пустула лопается и на ее месте остаются омертвевшие, некротизированные ткани в виде черного струпа, по виду напоминающего уголь (отсюда латинское название болезни Anthrax). Постепенно увеличиваясь, струп западает, вокруг него образуется несколько мелких пузырьков (везикул), составляющих как бы периферический венчик. К периферии от центра некроза развивается массивный отек. В области отека, так же как и на месте струпа, ткани совершенно безболезненны. Обычно кожа в области отека напряжена и лоснится. Кожные проявления сопровождаются значительным повышением температуры (до 40—40,5°), общим недомоганием, разбитостью, головными болями, бессонницей и тоскливым настроением. После стихания болезненных явлений (в результате проведенного лечения) наступает отторжение струпа, причем он замещается молодой рубцовой тканью.

Легочная форма протекает, как тяжелая пневмония, с выделением жидкой, пенистой, окрашенной в розовый цвет серозно-кровянистой мокроты, содержащей большое количество возбудителей. Человек заболевает легочной формой при вдыхании пыли, зараженной спорами сибирской язвы.

Кишечная форма характеризуется тяжелым течением с преобладанием симптомов интоксикации и геморрагического энтероколита.

Каждая из перечисленных форм может осложниться развитием сибиреязвенного сепсиса и геморрагического менингита.

Распознавание. Необходимо руководствоваться клинической картиной и данными эпидемиологического анамнеза. Для подтверждения диагноза желательно произвести в соответствии с конкретной клинической формой болезни бактериологическое исследование мокроты, содержимого пузырьков и крови больного.

Практическое значение для распознавания зараженности животного сырья имеет реакция преципитации по Асколи. Заразный материал для лабораторных исследований собирают по правилам, изложенным на стр. 197.

Необходимо учитывать, что при обычных фурункулах и карбункулах, вызываемых стафилококком, имеется резкая гиперемия и болезненность пораженных тканей, в то время как у больных сибирской язвой область отека совершенно безболезненна.

Легочную и кишечную форму сибирской язвы следует дифференцировать с соответствующими формами чумы.

Лечение специфическое. Наиболее успешна комбинированная терапия, заключающаяся в применении противосибиреязвенной сыворотки, пенициллина и новарсенола. Сыворотку вводят внутримышечно однократно в количестве 50—150 мл в сутки (в зависимости от тяжести болезни); если явных признаков улучшения нет, сыворотку следует вводить повторно в тех же дозах. При первом применении сыворотку вводят по методу Безредки. Помимо сыворотки, больному назначают внутримышечные инъекции пенициллина (по 900 000 ЕД в сутки в течение 5—8 дней), сочетаемого со стрептомицином (внутримышечно по 0,25 г 2 раза в день), внутривенные вливания новарсенола (по 0,45 г в 10 мл дважды дистиллированной стерильной воды, всего 2 вливания с перерывом между ними в 3 дня).

Наиболее эффективна терапия кожной формы сибирской язвы.

При нарушении сердечно-сосудистой деятельности применяют инъекции эфедрина, кордиамина, кофеина, камфары, а при выраженной интоксикации — подкожное вливание физиологического раствора и 5% раствора глюкозы.

Профилактика. Больных изолируют в отдельные палаты или боксы. При уходе за ними необходимо соблюдать меры личной профилактики, проводя тщательную текущую дезинфекцию (обеззараживается мокрота и испражнения при соответствующих формах болезни) и сжигая весь перевязочный материал.

Перед выпиской реконвалесцента проводят заключительную дезинфекцию. Изоляция больного кожной формой сибирской язвы продолжается до

отпадения струпа, рубцевания и полной эпителизации имевшейся язвы. При легочной форме выписка разрешается по исчезновении клинических симптомов и двукратного получения отрицательных результатов бактериологического исследования мокроты (с промежутком в 5 дней).

Основными мероприятиями в борьбе с распространением инфекции являются ветеринарный контроль, недопущение в производство сырья от больных животных (кожа, шерсть, щетина) без предварительного обезвреживания этого сырья, специфические прививки живой вакциной.

Трупы павших животных зарывают в землю на специально выделенных местах на глубину не менее 2 м и засыпают хлорной известью. Подозрительный на сибирскую язву материал (кожа, мех, шерсть и т. д.) исследуют по реакции термопреципитации Асколи.

СКАРЛАТИНА (SCARLATINA) — острозаразное заболевание, которое наблюдается в различных возрастных группах, но преимущественно у детей.

В этиологии скарлатины важная роль принадлежит стрептококкам, хотя они и не являются единственным фактором, вызывающим болезнь (через предметы, посуду и даже через третьих лиц, если они играют роль промежуточного звена при передаче инфекции).

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается от одного до 11 дней. Болезнь начинается остро; после познабливания, а иногда и резкого озноба температура быстро повышается до 39—40,5°; нередко наблюдается однократная или повторная рвота. Уже в первые часы болезни появляется головная боль, разбитость во всем теле, болезненность при глотании. В зеве отмечается яркая гиперемия мягкого неба, язычка и миндалин. Характерен вид лица больного, которое слегка одутловато; подчелюстные лимфатические узлы при пальпации болезненны, возможен шейный лимфаденит.

Уже через 22—24 часа от начала заболевания (значительно реже в ближайшие 2—3 дня болезни) на коже появляется характерное высыпание в виде многочисленных мелкоточечных ярко-красных элементов, расположенных так близко друг к другу, что они сливаются в сплошное поле гиперемии. Сыпь появляется вначале на шее и в верхней части груди, по прошествии же 2—3 дней распространяется по всему телу. При типичном течении болезни щеки ярко гиперемированы, а область подбородка и окружность рта выделяются значительной бледностью («скарлатинозная бабочка»). Как общая интоксикация организма, так и очаговые изменения в зеве прогрессируют в течение первых 3—4 дней болезни. Миндалины покрываются грязновато-белым или желто-белым налетом, который в дальнейшем может распространяться на мягкое небо и язычок; одновременно у некоторых больных развиваются некрозы на миндалинах, увеличиваются регионарные подчелюстные лимфатические узлы.

Язык в первые 2—3 дня заболевания влажный и покрыт серовато-белым налетом; с 3—4-го дня болезни он освобождается от налета и приобретает ярко-красный цвет; на кончике его можно видеть многочисленные увеличенные сосочки (малиновый язык).

Естественные складки кожи (в локтевых и паховых сгибах) имеют насыщенно розовый цвет; нередко здесь отмечаются элементы мелкоточечной сыпи.

В первые 2—3 дня кровь характеризуется нейтрофильным лейкоцитозом; с 3—4-го дня нередко отмечается эозинофилия (до 6—7%). Обычно гемограмма возвращается к норме в ближайшие 8—10 дней от начала болезни.

Температура обычно держится на высоких цифрах в течение 3—5 дней и к 9—12-му дню болезни приходит к норме. С падением температуры общее состояние больного улучшается, сыпь постепенно бледнеет; на ее месте отмечается характерное шелушение, причем на концах пальцев рук и на ступнях кожа сходит пластами.

Однако по прошествии 18—22 дней от начала болезни возможны осложнения в виде нефритов, нефрозо-нефритов, лимфаденитов. Многие осложнения, в том числе гнойные лимфадениты, воспаление среднего уха, гнойные мастоидиты, развиваются как результат стрептококковой инфекции; у леченных пенициллином эти осложнения почти не встречаются.

Скарлатина может протекать с выраженными явлениями интоксикации (токсическая форма) или острого сепсиса (септическая форма), причем в последнем случае входными воротами инфекции являются некротически измененные миндалины. Изредка наблюдается экстрабуккальная форма скарлатины, при которой входными воротами инфекции служит не зев, а травматические или ожоговые повреждения кожи.

Распознавание. Основывается на клинической картине болезни и эпидемиологических данных. Следует провести дифференциальный диагноз с ангинами различной этиологии (в том числе с ангинами катаральной, фолликулярной, дифтерийной, туляремийной, ангиной Венсана) и с так называемой скарлатинозной краснухой, при которой отсутствуют типичные для скарлатины явления ангины, но имеется увеличение затылочных лимфатических узлов.

В атипичных, стертых случаях скарлатины необходимо обратить внимание на симптом «насыщенности» (резкой гиперемии) складок кожи в локтевых и паховых сгибах.

Лечение. Больные скарлатиной подлежат госпитализации на срок до 40 дней. Если больной получал лечение пенициллином, этот срок сокращается до 20 дней. В том случае, если больные были госпитализированы в данной палате в одно и то же время, срок изоляции может быть сокращен до 15 дней (особенно при лечении пенициллином).

Необходимо тщательно наблюдать за состоянием зева и чистотой кожи, а также принимать все меры для предупреждения возможных осложнений. Больным с выраженной интоксикацией вводят антитоксическую скарлатинозную сыворотку (по методу Безредки) в количестве 15 000—20 000 АЕ и более. Введение сыворотки повторяют по мере надобности.

С первых же дней болезни применяют пенициллинотерапию, что позволяет устранить болезненные явления, вызываемые стрептококком или вторичной микробной флорой. Доза пенициллина устанавливается в соответствии с возрастом больного.

Профилактика. Основывается на изоляции больных с проведением тщательной дезинфекционной обработки очага. Больные с атипичными формами скарлатины или дети, у которых обнаружена ангина, подозрительная на скарлатину, госпитализируются отдельно. В отношении детей, посещающих детские учреждения или школу и находившихся в контакте с больным скарлатиной, поступают согласно инструкции.

Предметы, игрушки и другие вещи, которыми пользовался больной, подлежат тщательной дезинфекции.

СТОЛБНЯК (TETANUS) — тяжелое инфекционное заболевание, возникающее при загрязнении ран землей. Возбудителем столбняка является подвижная палочка, анаэроб — B. tetani.

Токсин столбнячной палочки, распространяясь от места внедрения возбудителя в рану по нервным путям к спинному мозгу, обусловливает повышение рефлекторной возбудимости последнего. Токсическое поражение двигательных клеток центральной нервной системы экзотоксином столбнячной палочки проявляется в тонических судорогах различных мышц, главным образом жевательных и длинных разгибателей спины.

Симптомы и течение. От момента инфицирования раны до заболевания человека столбняком проходит в среднем 6—14 дней. Первым признаком заболевания является нарушение работы жевательных мышц: заболевший не может открыть рот. Это явление называется тризмом жевательных мышц. Судорожное сведение мышц при наморщенном лбе и приподнятых бровях — таков типичный вид лица больного. Вслед за этим

развивается сокращение мышц затылка н спины — голова запрокидывается назад, тело изгибается полудугой; больной лежит, опираясь на затылок и пятки (опистотонус). Мышцы живота резко напряжены. Судорогн необычайно сильны: во время приступа возможен разрыв мышц, перелом костей, позвоночннка. Каждый приступ тонических судорог очень болезнен и сопровождается обильным потоотделением. Нередки приступы рефлекторных судорог, возникающих под влнянием шума, сотрясения постели или даже движения воздуха.

Сознание сохранено, температурная кривая неправильного типа, удерживается на повышенных цифрах в течение 3—7 дней.

Еслн лечение было начато поздно или совсем не проводилось, может наступить смерть при явлениях паралича дыхательных мышц.

Болезнь может протекать в молнненосной, подострой и хронической форме; возможны рецидивы.

Р а с п о з н а в а н и е. Основывается на характерной клиннческой картине болезнн и анамнестическнх данных (налнчие травмы).

Л е ч е н и е. Необходимо возможно раннее и повторное введенне противостолбнячной антитоксической сыворотки. В течение первых суток вводят внутримышечно (при первом введенин — по методу Безредки) до 200 000 АЕ противостолбнячной сывороткн. На протяженин блнжайших 5—6 дней введение сыворотки повторяют вплоть до получения стойкого клинического эффекта.

Раны, послужившие входнымн воротами инфекции, подвергаются соответствующему хирургическому лечению.

Для уменьшения судорожных сокращений мышц назначают хлоралгидрат (2 г на 100 мл отвара крахмала в малой клизме после очнстительной клизмы). Полезно внутримышечное введенне 10% раствора сернокислой магнезнн (по 40—50 мл). При возбуждении больного необходимо впрыскивать морфнн или пантопон.

Больной должен быть помещен в отдельную палату; следует обеспечить ему абсолютный покой. Во избежанне пролежней тяжелобольных укладывают на резиновые круги. При задержке мочи выпускают ее мягким катетером. Кормят больного в промежутках между приступами судорог во избежание аспирации пищи или жидкости.

П р о ф и л а к т и к а. При л ю б о м р а н е н и и необходимо проводить тщательную хирургическую обработку раны с целью предупреждення столбняка. Одновременно вводят подкожно или внутрнмышечно профилактическую дозу противостолбнячной сыворотки (1500 АЕ). При обширной и сильно загрязненной ране вводят 3000 АЕ сыворотки.

Специфнческую профилактику осуществляют путем введення под кожу столбнячного анатоксина; сначала вводят 1 мл анатоксина, а через 2 недели еще 2 мл.

В настоящее время столбнячный анатоксин прививают в сочетании с брюшнотифозной вакциной. Активной иммунизации анатоксином подвергаются определенные контингенты здоровых лиц (землекопы, шахтеры и т. д.), подвергающиеся опасности травм кожи, загрязняемых землей.

СЫПНОЙ ТИФ (TYPHUS EXANTHEMATICUS) — острое заразное заболевание, передающееся от больного человека здоровому через кровососущих паразитов — вшей. Возбудителем являются риккетсии Провачека — мельчайшие мнкроорганизмы, паразитирующие в стенке кишечннка вши.

Источник инфекции — больной человек; он заразен в течение всего лихорадочного периода и в первые 6—8 дней реконвалесценции. Носительства инфекции не существует. Насосавшись крови больного, вошь (главным образом платяная) становится заразной для здоровых людей лишь спустя 4—5 дней. В течение этого срока риккетсии, проникнувшие в пищеварительный тракт вши с кровью больного человека, внедряются в эпителиальные клетки, выстилающие изнутри стенку кишки, и размножаются здесь в огромных количествах. Когда количество размножившихся риккетсий окажется особенно значительным, переполненная ими клетка разрывается и

риккетсии вместе с испражнениями вши выделяются наружу; они загрязняют кожу и белье здорового человека, на теле которого вши паразитируют в данный момент. Вслед за укусом человека вошь испражняется; расчесывая зудящую от укуса кожу, человек втирает испражнения в образовавшуюся от укуса ранку. При этом риккетсии внедряются в организм человека и начинают циркулировать в крови; с этого же момента начинается инкубационный период болезни.

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается от 6 до 23 дней. Болезнь характеризуется острым началом, продолжительной лихорадкой с высокой температурой и преимущественным поражением сосудистой системы. У большинства людей заболеванию предшествуют продромальные явления: разбитость, апатия, угнетенное состояние, головные боли. Со 2-го дня болезни температура достигает высокого уровня (38,4—39,6°) и держится на этих цифрах в течение 7—9 дней. В разгар заболевания температурная кривая имеет постоянный тип. Снижение ее до нормы в конце лихорадочного периода происходит ускореным лизисом, ступенеобразно в течение $1^1/_2$—2 дней.

Общая продолжительность лихорадочного периода 10—12 дней. В первые дни этого периода больной несколько возбужден, лицо его гиперемировано, одутловато; отмечается покраснение конъюнктивы век и лихорадочный блеск глаз (красные «кроличьи» глаза), кожа туловища сухая, горячая. Пульс частый, соответствует степени повышения температуры. Артериальное давление снижается с 4—5-го дня болезни; тоны сердца глухие; селезенка увеличена. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево.

Больного беспокоит жажда. Язык сух, обложен. На губах и деснах также может быть налет. При высовывании языка отмечается его тремор. Дрожание языка, затрудненность его высовывания служат одним из диагностических признаков болезни. Пот появляется лишь в период снижения температуры и наблюдается часто при выздоровлении.

Весьма характерны для сыпного тифа явления со стороны нервной системы. Так называемый status typhosus (тифозное состояние) обычно наблюдается с первых же дней болезни. Наряду с головной болью отмечается бессонница.

Нервно-психическая сфера больного обычно возбуждена; при тяжелых формах сыпного тифа это возбуждение в разгар болезни (на 4—8-й день) иногда переходит в бред. Больной может вскакивать с постели, выбегать из палаты, кричать, нападать на персонал, прыгать из окна, ломать все, что ему попадает под руку.

Характерный (основной) признак болезни — сыпь на коже — обнаруживается на 4—5—6-й день. Иногда сыпь появляется сначала на мягком небе у основания язычка в виде точечных кровоизлияний (энантема). В начале болезни сыпь локализуется лишь на боковых поверхностях туловища, спине и на сгибательных поверхностях рук. Затем сыпь становится обильной и распространяется на другие участки тела. На ногах сыпь бывает реже, а на лице, как правило, отсутствует. Сыпь нарастает в течение 2—3 дней, затем бледнеет и на ее месте появляется буроватое мраморовидное окрашивание кожи. К 11-му дню в большинстве случаев сыпь совсем исчезает; на 3-й неделе наблюдается мелкое шелушение. Сыпь разнообразна по своему характеру, интенсивности, величине и форме, что специфично для сыпного тифа. Иногда у больного одновременно наблюдаются розеолы и петехии.

С 8—10-го дня начинает снижаться температура, причем это снижение происходит постепенно, в течение $1^1/_2$—2 дней, ускоренным лизисом.

Перенесшим сыпной тиф даже в нетяжелой форме требуется длительный отдых.

Необходим тщательный контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы.

Наиболее частым осложиеиием являются пневмонин, паротиты, тромбофлебиты, полиневриты.

Распозиавание. Основывается иа клиническнх, эпндемнологичеських н лабораторных данных (реакция агглютинации Вейль-Феликса с микробами протея X_{19} и реакция агглютинации с риккетсиозным антигеном). Реакция становится положительной на 6—8-й день болезни. Положнтельной реакция считается при тнтре агглютинации 1 : 200 и выше.

Для постановки реакции в лабораторию может быть направлеиа полоска фнльтровальной бумаги, на которую в двух-трех местах нанесены капли сыворотки крови больного.

Лечение. При поступлении в стационар больного моют в ваиие (тяжелобольных — на деревяиных решетках), волосы либо остригают, либо обрабатывают 5% мылом ДДТ. Одежду больного дезинфнцнруют (в сухожаровой или пароформалиновой камере).

Необходим правнльный уход за больным, содержанне его в абсолютной чнстоте. Палата должна хорошо проветриваться. За возбужденнымн больными требуется особо тщательный надзор; в случаях иеобходнмости устанавливается индивидуальный пост медсестры или санитаркн. Во избежаиие пролежней в местах, подвергающихся ианбольшему давлению (в области крестца, ягоднц и лопаток), кожу смазывают вазелниовым маслом или протирают камфарным спиртом; тяжелобольных укладывают на резиновые круги. Не менее 2 раз в день у тяжелобольных необходимо протирать рот ватным тампоном, смоченным в растворе борного глицерина. Время от времени следует осторожно поворачивать больного в постели для облегчення дыхания и предупреждения гипостатической пневмонии. При задержке мочеиспускания рекомендуется положить грелку на низ жнвота; если этого недостаточно, следует прибегнуть к катетеру, соблюдая строжайшую асептику и антисептику.

Днета больного должиа состоять из полужидкой легко усваиваемой и обогащенной витаминами пищи, которую дают 4—5 раз в сутки.

В леченин больных сыпным тифом исключительно важную роль играют мероприятия, направленные иа поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы. Хорошие результаты дает подкожное введение 10% раствора кофеина поочередно с 20% камфарой. При тяжелом течении болезнн необходимо своевременное применение (обычно внутримышечно) инъекции кордиамииа, солянокислого эфедрнна (по 0,5—1 мл 5% раствора). Для уменьшення степени интоксикацни и лучшего питания мнокарда рекомендуются внутривенные влнвания 40% раствора глюкозы (50 мл). Интоксикация уменьшается также при подкожных вливаниях физиологического (0,85%) раствора хлористого натрня.

С успехом примеияется левомицетин или синтомицин (по 0,5 г 6 раз в день) н особенно биомицин, тетрациклин, террамицин (по 300 000 ЕД 4 раза в день).

Больной должен получать антибиотики, пока температура не возвратнтся к иормальному уровню, а после этого еще в течение 2 дней.

Перенесшнй сыпной тиф может быть выписан нз больницы на 12-й день после установления нормальной температуры (без каких-либо дополиительных лабораторных исследований).

Профнлактика. Основную роль играет обезвреживание источника ннфекции (своевременная, до 4—5-го дня болезни, госпитализация больного) и ликвидация переиосчика инфекции (обезвшивливание больного, одномоментная «кольцевая» и повторная санитарная обработка — дезннсекция — в очаге сыпного тифа, обработка белья и вещей в дезинфекцнонных камерах). Подсобным мероприятием является актнвная иммунизацня (троекратные подкожиые прививки вакцины из убнтых риккетснй в дозах 0,5—1—1 мл) с интервалами в 5—7 дней.

Всех лиц, иаходнвшихся в очаге сыпного тифа и соприкасавшихся с больиым, подвергают в теченне 25 дией систематическому термометриро-

ванию, чтобы возможно ранее выявить новые случаи заболевания. Данный очаг должен находиться под общим эпидемиологическим наблюдением в течение 70 дней с момента изоляции больного. При появлении в населенном пункте заболеваний сыпным тифом фельдшер должен делать подворный обход для выявления всех лихорадящих больных.

ТУЛЯРЕМИЯ (TULAREMIA) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся циклическим течением, поражением различных органов, кожных покровов, слизистых оболочек с обязательным вовлечением в процесс регионарных лимфатических узлов.

Болезнь вызывается короткой палочкой, нередко принимающей форму кокка (B. tularensae). Возбудитель довольно хорошо сохраняется во внешней среде.

Туляремия является типичной зоонозной инфекцией, передающейся человеку от больного животного. Источник инфекции — грызуны (водяные крысы, мыши-полевки, зайцы, тушканчики и др.).

Туляремийные бактерии проникают в организм человека через кожу и слизистые оболочки (полость рта, дыхательные пути, конъюнктивы, пищеварительный тракт). Заражение происходит: путем прямого контакта с больным животным, например, при снятии шкурки с водяной крысы; путем непрямого контакта — через зараженные предметы; при вдыхании во время уборки или обмолота хлеба частиц пыли, содержащих бактерии туляремии; алиментарным путем — в результате употребления воды и пищевых продуктов, зараженных туляремийными бактериями. Реже болезнь возникает при укусе кровососущими насекомыми (слепни, мухи-жигалки), являющимися передатчиками инфекции. Больной туляремией практически незаразен, хотя и подлежит обязательной госпитализации.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода 6—8 дней. Болезнь начинается внезапно: повышается температура, возникает сильная головная боль, резкая слабость, озноб, боли в мышцах, исчезает аппетит. При язвенно-бубонной форме туляремии на коже в месте внедрения инфекции образуется небольшая язва с увеличением регионарного лимфатического узла (бубон).

Регионарные лимфатические узлы плотноваты на ощупь, не спаяны между собой, мало болезненны. В дальнейшем бубоны или рассасываются (что наблюдается в большинстве случаев), или уплотняются, склерозируются, или, наконец, размягчаются с образованием свищей, из которых длительно выделяется гной.

При употреблении воды, зараженной туляремийными бактериями (например, из закрытого водоема), развивается ангинозно-бубонная форма туляремии: на увеличенных и отечных миндалинах образуются сероватые некротические налеты с увеличением подчелюстных и переднешейных лимфатических узлов.

Если хлеб долгое время остается неубранным на полях, то стога могут заражаться мочой грызунов, больных туляремией (чаще заражение вызывают мыши-полевки). При обмолоте такого хлеба люди, вдыхая частицы пыли, содержащей туляремийные бактерии, могут заболеть легочной (или бронхопульмональной) формой туляремии. В таких случаях наблюдается картина очаговой пневмонии, а ее туляремийная этиология выявляется при помощи рентгенологического исследования легких и кожно-аллергической пробы с тулярином.

Воздушно-пылевой путь заражения может привести к развитию глазо-бубонной формы туляремии, сопровождающейся специфическим (туляремийным) конъюнктивитом.

При любой форме туляремии лихорадочный период обычно не превышает 16—18 дней, но после перенесенного заболевания в течение ряда месяцев наблюдается снижение трудоспособности, общее недомогание и потеря аппетита. В период активного проявления болезни необходим строгий постельный режим.

Распознавание. Основывается на тщательном учете всей клинической картины, а также эпидемиологических данных (полевые работы). Для подтверждения диагноза используют кожно-аллергическую пробу. С помощью шприца тонкой иглой вводят внутрикожно 0,1 мл тулярина. При наличии туляремии через сутки появляется покраснение кожи (на участке размером 3 × 4 см или более), припухлость и инфильтрация. Кожную пробу с тулярином можно ставить уже в ранние сроки заболевания (начиная с 4—5-го дня).

После 7—8 дней болезни ставят реакцию агглютинации туляремийного диагностикума при помощи сыворотки крови больного (учитывается положительный результат агглютинации в разведении 1 : 200 и выше). Для исследования сыворотку крови можно пересылать в лабораторию в виде высушенной капли на фильтровальной бумаге. При повторной постановке реакции через 3 дня после первого анализа обычно находят увеличение титра.

Необходимо проводить дифференциальный диагноз (при наличии соответствующей клинической картины и эпидемиологических данных) с рядом заболеваний (дифтерия, катаральная ангина, пневмония, банальные конъюнктивиты, бубонная и легочная форма чумы).

Лечение. Хорошие результаты дает стрептомицин (по 250 000 ЕД 2—3 раза в день внутримышечно на протяжении 5—8 дней). В случаях с затяжным течением рекомендуется подкожное введение туляремийной вакцины. При кожно-бубонной форме, помимо антибиотиков, применяют в качестве симптоматических средств мазевые компрессы (серая ртутная мазь) и сухое тепло. При наличии флюктуации в области лимфатического узла прибегают к хирургическому разрезу.

Выписка больного из стационара производится после исчезновения клинических симптомов.

Профилактика. Важнейшим средством предупреждения туляремии является уничтожение грызунов. Большое значение в борьбе с грызунами имеет своевременная тщательная уборка урожая и обмолот зерновых культур. Нельзя оставлять на полях неубранную солому, мякину и т. д. Скирды, стога необходимо окапывать канавкой глубиной и шириной по 40 см.

При обмолоте хлеба из скирдов, поздно убранных с поля, возможно инфицирование соломы мочой зараженных грызунов, поэтому все работающие на обмолоте должны носить защитные марлевые маски и очки-консервы.

Колодцы и другие источники водоснабжения нужно содержать в образцовом порядке, не допуская к ним грызунов. Охотникам на водяных крыс во избежание развития туляремии производят прививку: на коже плеча делают насечки и в них втирают по капельке вакцину с помощью оспопрививательного пера.

Прививки против туляремии являются хорошим профилактическим средством; их защитное действие сохраняется в течение 2—3 лет.

УКУСЫ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ И НАСЕКОМЫХ. 1. Укусы змей. При укусе человека ядовитой змеей в области ранки возникает сильная боль и значительный отек, иногда с кровоизлиянием в кожу и подкожную клетчатку. Яд змеи вызывает тяжелые нарушения деятельности сердечно-сосудистой и нервной системы, гемолиз эритроцитов и расстройства дыхания.

Первая помощь состоит в наложении жгута (на 1 час) выше места укуса, применении хирургического разреза или кровососных банок в области укуса (для истечения крови, содержащей токсин). Рекомендуется прижигание ранки ляписом, введение противозменной сыворотки. В окружности места укуса вводят (путем кругового обкалывания) 0,25% раствор хлористого кальция (20—25 мл).

Для поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы производят подкожные инъекции 5% раствора эфедрина (по 0,5—1 мл) или 20%

раствора бензойно-натриевой соли кофеина (по 1 мл). Внутрь больному дают 100—150 мл водки, а также 6—8 капель нашатырного спирта (на полстакана воды). Рекомендуется обильное введение (под кожу и в прямую кишку капельным методом) физиологического раствора хлористого натрия. Необходимо тепло укутать больного, положить грелки к ногам, давать горячее питье (крепкий чай, кофе). Вспомогательное значение имеют внутривенные вливания 10% раствора хлористого кальция в первый день лечения (по 15—20 мл).

2. Укусы паука каракурта. В некоторых районах Средней Азии, главным образом на протяжении мая — июля, наблюдаются укусы людей ядовитым паукообразным насекомым — каракуртом. На месте укуса возникают резкие боли; отмечается одышка, головокружение, цианоз лица и верхней части туловища, обильное отделение пота, рвота, судороги, мышечная дрожь, замедленный пульс, расширение зрачков.

Для оказания помощи пострадавшему следует выше места укуса наложить лигатуру; в области укуса вводят 1,5% раствор хлорной извести (15 мл). Сердечно-сосудистые функции поддерживают инъекциями эфедрина, кофеина, камфары; при судорогах применяют хлоралгидрат. Необходимо согревать пострадавшего, давать ему горячее питье.

3. Укусы тарантула. У человека, укушенного тарантулом, появляются симптомы общей интоксикации (разбитость во всем теле, резкая слабость), а в области укуса — отек и небольшое кровоизлияние.

Лечение проводится так же, как и при укусе паука каракурта (см. выше).

ХОЛЕРА АЗИАТСКАЯ (CHOLERA ASIATICA) — особо опасное инфекционное заболевание, для которого характерно эпидемическое распространение. При холере наблюдается резкое обезвоживание и интоксикация организма с тяжелым анатомическим поражением желудочно-кишечного тракта.

Возбудитель — холерный вибрион, имеющий вид короткой изогнутой палочки, напоминающей запятую.

Источник инфекции — больной человек или переболевший бактерионоситель.

Заражение происходит через воду или пищевые продукты, зараженные холерным вибрионом. Возможно также заражение через руки при контакте с больным или носителем.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода холеры в среднем 2—3 дня, но иногда он может удлиняться до 6 дней.

Клиническая картина складывается из трех последовательных периодов: 1) холерный понос; 2) холерный гастроэнтерит (холерина); 3) алгидный период. Однако совсем не обязательно последовательное развитие всех перечисленных периодов: болезнь может закончиться холериной или даже в период холерного поноса.

Начало заболевания острое, проявляется симптомами холерного поноса (диарея). Возникает слабость, тошнота, учащается стул; испражнения жидкие, желтовато-коричневой окраски, с каловым запахом.

С развитием холерного гастроэнтерита (холерины) стул еще больше учащается, испражнения теряют каловый характер, становятся водянистыми, напоминая рисовый отвар (мутная беловатая жидкость, содержащая хлопья слущенного эпителия кишечника и огромное количество холерных вибрионов). В сравнительно редких случаях испражнения содержат примесь слизи, а иногда и крови. Вскоре возникает повторная болезненная, очень мучительная рвота, истощающая больного; нарастают признаки резкого обезвоживания и общей интоксикации организма. Тоны сердца глухие, артериальное давление снижено, резко уменьшено количество выделяемой мочи. Нередко появляются болезненные судороги. Язык обложен густым белым налетом.

По мере дальнейшего нарастания этих явлений начинается третий, алгидный, период болезни. Развивается состояние полной апатии, температура снижается до 35—35,5°; резко выражены симптомы обезвоживания и интоксикации. Кожные покровы бледны, нередко с цианотическим оттенком; конечности холодные, кожа покрыта потом, складки ее с трудом расправляются, особенно на пальцах рук («руки прачек»). Глаза глубоко западают в орбиты, щеки как бы вваливаются, черты лица заостряются. Голос очень слабый, срывающийся, дыхание резко учащено, моча почти перестает выделяться (анурия). Возможен коллапс.

Энергичное лечение позволяет вывести больного из этого состояния; однако в алгидном периоде и при особо тяжелом течении холеры может наступить смерть.

У некоторых больных после стихания симптомов алгидного периода развивается тяжелое осложнение — холерный тифоид, который протекает с поражением головного мозга (кома) или почек.

Возможны молниеносные формы холеры, протекающие с клоническими и тоническими судорогами, которые появляются уже в конце первого или в начале второго дня болезни; эти формы заканчиваются смертью больного без явлений поноса (сухая холера).

Перенесшие холеру могут выделять патогенные вибрионы до 2 месяцев, однако заразность носителей быстро уменьшается вследствие снижения вирулентности выделяемых ими вибрионов.

Распознавание. Помимо клинических и эпидемиологических данных, необходимо лабораторное подтверждение диагноза, для чего свежие испражнения и рвотные массы больного в количестве 100—150 г направляют в плотно закрытых и опечатанных стеклянных банках для исследования в бактериологическую лабораторию.

До получения ответа из лаборатории необходимо провести строгие противоэпидемические меры, а также индивидуальную изоляцию больного.

Лечение. В целях уменьшения обезвоживания организма больного показано внутривенное вливание стерильного физиологического раствора дробными дозами в количестве 3—6 л в сутки (скорость введения до 1 л за 15 минут).

Рекомендуется длительное внутривенное вливание физиологического раствора хлористого натрия, предварительно подогретого до 38°; этим способом можно вводить от 2 до 6 л за сутки.

Хорошие результаты дает капельное вливание физиологического раствора с 5% раствором глюкозы, а также внутривенное (40%) и подкожное (5%) введение глюкозы.

В разгар болезни следует вводить внутривенно каждые 6 часов по 20—25 мл гипертонического солевого раствора (приготовляется путем растворения 4 г хлористого кальция и 120 г хлористого натрия в 1000 мл дважды дистиллированной воды с последующей стерилизацией этого раствора).

Для поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы назначают эфедрин, кордиамин, камфару. Целесообразно применять сульфаниламидные препараты типа сульгина и антибиотики. Синтомицин (или левомицетин) назначают по 3 г в сутки (по 0,5 г 6 раз) на протяжении 5—6 дней, биомицин — по 300 000 ЕД 4 раза в день также в течение 5—6 дней. Более благоприятные результаты дает назначение тетрациклина, террамицина или биомицина при обязательном проведении перечисленного выше комплекса лечебных мероприятий. В раннем периоде болезни (первые 2—3 дня) больному следует принимать холерный бактериофаг (по 30 мл 2 раза в день за 3 часа до приема пищи), запивая его 5% раствором питьевой соды (чайная ложка на полстакана воды).

Рекомендуются ванны температуры 35—35,5° в течение 10—12 минут с последующим растиранием тела полотенцем и обкладыванием грелками. Диета больных такая же, как при брюшном тифе.

Ухаживающие за больным должны тщательно соблюдать правила личной профилактики.

Условием для выписки больного, помимо клинического выздоровления, является двукратное получение отрицательных результатов посева испражнений, произведенного с промежутками в 2 дня. Первый посев производится не ранее 6-го дня болезни.

Для лиц, находившихся в контакте с больным, изоляция прекращается не ранее 6 дней от момента контакта и при условии двукратного получения отрицательных результатов посева испражнений.

Профилактика. Все больные холерой подлежат строгой (желательно индивидуальной) изоляции, так же как и соприкасавшиеся с ними лица. На территории, где был выявлен больной, проводятся строгие карантинные мероприятия. Помимо экстренного извещения обычной формы, необходимо, чтобы медицинские работники немедленно извещали в установленном порядке о каждом случае холеры вышестоящие органы здравоохранения, вплоть до Противоэпидемического управления Министерства здравоохранения СССР.

Срочной и обязательной госпитализации подвергаются также больные с любыми формами поноса, находившиеся в том пункте, где обнаружены холерные заболевания. В очаге в порядке текущей дезинфекции проводится тщательное обеззараживание. Испражнения и рвотные массы обеззараживают сухой хлорной известью или 10% раствором ее. Для мытья рук применяют 0,5% раствор хлорамина.

Большое значение имеет специфическая профилактика (подкожные инъекции вакцины из убитой культуры холерного вибриона). Прививки производят лицам, подвергающимся опасности заражения; эти прививки можно комбинировать с вакцинацией против других инфекционных болезней кишечной группы (например, против брюшного тифа).

При появлении хотя бы одного случая холеры в данном населенном пункте всему населению необходимо принимать натощак холерный бактериофаг (по 20 мл каждые 5 дней, запивать 2% раствором соды). Лица, соприкасавшиеся с больным, подвергаются изоляции на 6 дней; за ними ведется тщательное клиническое наблюдение с бактериологическим контролем испражнений.

ЧУМА (PESTIS) — тяжелое инфекционное заболевание зоонозного происхождения.

Возбудитель (B. pestis) — короткая палочка яйцевидной формы, более интенсивно окрашенная на своих полюсах. Резервуаром инфекции в природе являются грызуны (суслики, тарбаганы, крысы и др.).

Заражение или непосредственное при контакте человека с больным животным, или через укусы зараженных блох, которые переходят с этих животных на человека. От больного легочной формой чумы болезнь передается через вещи или воздушно-капельным путем. К заражению может вести также прямой контакт с больными язвенно-бубонной и кишечной формами чумы.

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода от нескольких часов до 6 дней. Чума протекает в виде трех основных клинических форм: бубонной, легочной и кишечной.

1. Бубонная форма. Инкубационный период продолжается 2—3 дня, но иногда удлиняется до 6 дней. Болезнь развивается остро: озноб, быстрое повышение температуры до высокого уровня при наличии значительной общей слабости, головной боли и рвоты. Сознание нередко затемняется, больные часто бредят. Пульс слабого напряжения и наполнения, кровяное давление резко падает. Характерен обложенный белым налетом («меловой») язык.

В области входных ворот инфекции (место укуса зараженной блохи) каких-либо изменений кожи и подлежащих тканей не отмечается.

Регионарные (по отношению к месту внедрения инфекции) лимфатические узлы увеличиваются, превращаясь в чумной бубон. Последний

в течение 4—5 дней при постоянной высокой (39,5—40,5°) температуре может некротизироваться и размягчаться с образованием свища, через который выделяется гной; закрытие свища происходит медленно. В части случаев бубон рассасывается без какого-либо нагноения.

Иногда чумные бубоны, длительное время не рассасываясь, становятся очень плотными и как бы склерозируются.

Вследствие бактериемического процесса при бубонной форме чумы, помимо регионарного бубона, могут образовываться также вторичные бубоны, а иногда развивается метастатическая пневмония.

Бубонная форма либо заканчивается выздоровлением, либо переходит в острый геморрагический сепсис, и тогда больной может погибнуть.

2. Первичная легочная форма. Инкубационный период длится 2—3 дня. Начало болезни всегда внезапное. Чума протекает исключительно тяжело, сопровождаясь очень высокой температурой, резкой интоксикацией, болями в грудной клетке (плевропневмония), кашлем и выделением пенистой кровянистой мокроты. Характерно несоответствие между тяжелым общим состоянием больного и скудными перкуторными и аускультативными данными в легких.

3. Кишечная форма. Болезнь сопровождается резкой интоксикацией, частым слизисто-кровянистым стулом. Данная форма встречается редко и обычно ведет к смерти больного.

Распознавание. Для распознавания любой клинической формы чумы чрезвычайно важно учитывать и эпидемиологические данные, наличие эпизоотий в местности, где проживал больной, возможный контакт его с грызунами и больными чумой людьми. Следует учитывать острое, внезапное начало при заболевании чумой, резкую интоксикацию организма и высокую температурную реакцию.

При бубонной форме чумы отсутствуют какие-либо изменения на коже в области входных ворот инфекции, что служит отличием от язвенно-бубонной формы туляремии.

В случае подозрения на легочную форму чумы необходимо проводить дифференциальный диагноз с легочной формой сибирской язвы и крупозной пневмонией.

Во всех случаях требуется подтверждение диагноза путем бактериологических исследований (посевы содержимого бубонов и крови при бубонной форме, мокроты — при легочной форме).

Все больные подлежат строжайшей (и притом по возможности индивидуальной!) изоляции в приспособленном для этого стационаре. У постели больного проводится тщательная текущая дезинфекция 3% раствором лизола. После выздоровления и выписки из стационара людей, перенесших чуму, а также в случаях смерти от чумы все вещи, которыми пользовался больной, дезинфицируются, а малоценные предметы уничтожаются (например, сжиганием).

Трупы людей, погибших от чумы, сжигаются или захороняются по особым правилам.

Мокрота при легочной форме чумы (или при метастатической пневмонии) обеззараживается 8% раствором лизола. Посуду больных кипятят.

Персонал, ухаживающий за больными чумой, должен носить защитные комбинезоны, резиновые сапоги и перчатки, специальные маски и очки-консервы.

Лечение. Применяются химиотерапевтические препараты и антибиотики по специальной инструкции. Хорошие результаты, особенно при бубонной форме, дают массивные дозы стрептомицина (по 2,5—3,5 г в день на протяжении 6—8 дней; в начале лечения применяют дозы в 3—3,5 г в сутки, затем они могут быть несколько уменьшены).

В целях поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы применяются инъекции эфедрина в сочетании с камфарой. Полезны обильные подкожные вливания физиологического раствора и 5% раствора глюкозы.

За больными необходим тщательный уход; их следует настойчиво кормить, причем пища должна содержать большое количество витаминов.

Выписка переболевших чумой возможна не ранее 1 месяца после исчезновения всех клинических симптомов, а при первичной легочной чуме и метастатической пневмонии — лишь после клинического выздоровления и многократного получения отрицательных результатов исследования мокроты на чумные бактерии. Все лица, соприкасавшиеся с больным, подлежат индивидуальной изоляции на 6 дней; эти лица с момента контакта подвергаются профилактическому лечению стрептомицином (по 1—1,5 г в день на протяжении 4—5 дней).

Профилактика. Поскольку заболевания людей чумой тесно связаны с эпизоотологической обстановкой, необходимо постоянное наблюдение противочумных станций, расположенных в эндемических очагах, за возможным распространением чумы среди диких грызунов, своевременное выявление эпизоотий. В портовых городах по мере надобности осуществляются карантинные мероприятия, препятствующие возможному заносу чумы через корабельных крыс.

Для уничтожения крыс применяется цинк-крысид. Дикие грызуны (особенно при опасности распространения чумы из эндемических очагов) должны уничтожаться с помощью хлорпикрина и сероуглерода. Хорошие результаты для уничтожения блох, переносчиков инфекции, дает пропыливание нор диких грызунов 10% дустом ДДТ и гексахлорана (по 2—5 г на каждую нору).

В случае обнаружения в данной местности хотя бы одного больного чумой объявляется карантин, распространяющийся на достаточно обширную территорию в окружности того пункта, где был выявлен первый случай заболевания.

Для уничтожения блох в жилых и производственных помещениях применяется распыление 10% дустов ДДТ (из расчета 8 г порошка на 1 м² пола). Еще более эффективна газовая дезинсекция хлорпикрином (15—20 мл на 1 м³ помещения при экспозиции в течение суток; окна и двери должны быть плотно закрыты и заклеены, а щели стен и карнизов надежно герметизированы).

Для ликвидации ограниченного очага чумы необходимы следующие мероприятия:

1) строгая индивидуальная изоляция больных и их рациональное лечение;

2) изоляция всех лиц, соприкасавшихся с больным, и их профилактическое лечение стрептомицином;

3) тщательная дезинсекция, дератизация, а также дезинфекция одежды, предметов и всего помещения в очаге.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ (КРЫСИНЫЙ) СЫПНОЙ ТИФ (RICKETSIOSIS ENDEMICA MURINA) — острое инфекционное заболевание, вызываемое особым видом риккетсий.

Носителями инфекции являются крысы и мыши. Заболевание передается человеку через блох.

Встречается в некоторых районах Черноморского и Каспийского побережья (главным образом в городах). Характерна сезонность заболевания (сентябрь — декабрь).

Передача инфекции от больных грызунов здоровым происходит через блох, в кишечнике которых размножаются риккетсии.

Человек заражается при втирании испражнений зараженных блох в расчесы кожи, а также при раздавливании этих насекомых на поверхности кожи.

Симптомы и течение. Инкубационный период продолжается от 6 до 14 дней. Болезнь начинается остро: озноб, головные боли, общая разбитость. Температура достигает высоких цифр и держится на уровне 39,5—40° до 10-го дня (или более).

С 4—5-го дня на коже всего туловища, включая лицо и ладони, появляется полиморфная розеолезная, а в части случаев розеолезно-петехиальная сыпь. Печень и селезенка увеличены; в крови лейкопения, нейтропения.

Распознавание. Необходимо учитывать наличие случаев заболевания в данной местности и клиническую картину.

Реакция Вейль-Феликса, так же как и при сыпном тифе, положительная (с 7—8-го дня болезни).

Профилактика. Уничтожение крыс и мышей, а также блох, дезинсекция путем камерной обработки одежды и белья, применение дустов, гексахлорциклогексана (ГХЦГ) и ДДТ.

Лечение. Применяется синтомицин, левомицетин, биомицин (дозы см. *Сыпной тиф*). Изоляция до 12-го дня с момента нормализации температуры.

ЭНЦЕФАЛИТ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ (КЛЕЩЕВОЙ) — сезонное вирусное заболевание, передатчиком которого является иксодовый клещ. Особенностью весенне-летнего энцефалита является его природная очаговость, а также строгая приуроченность к весенне-летнему периоду. Случаи заболевания клещевым энцефалитом наблюдаются в Сибири, Средней Азии, в отдельных местностях Европейской части СССР.

Основным резервуаром инфекции в природе являются бурундуки, мыши-полевки, серые крысы и другие грызуны. Инфекция передается от грызунов человеку через определенные виды клещей. Проникнув в центральную нервную систему по нервам и лимфатическим путям, вирус вызывает поражение серого вещества продолговатого мозга и верхних шейных отделов спинного мозга.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится в среднем 10—15 дней.

Заболевание начинается остро; вслед за небольшим познабливанием температура уже в конце первого дня болезни достигает 39,5—40°, сохраняясь на этом уровне в течение ближайших 5—7 дней. Снижение температурной кривой в конце лихорадочного периода происходит критически или ускоренным лизисом.

В течение первых 2—3 дней болезни наблюдаются резкие головные боли, повторная рвота, разбитость во всем теле. При осмотре больного отмечается гиперемия лица и конъюнктив. Тяжело протекающие случаи болезни сопровождаются спутанностью и даже полной потерей сознания, часто у больных можно отметить менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского).

Кровь: отсутствие эозинофилов, лимфопения.

Спинномозговая жидкость прозрачна, вытекает под повышенным давлением, содержит увеличенное по сравнению с нормой количество белка и форменных элементов; реакция Панди положительная.

У значительной части больных после снижения температуры начинается период выздоровления; однако в части случаев со 2—3-го дня болезни (изредка позже) развиваются вялые параличи верхних конечностей и мышц шеи с последующей атрофией пораженной мускулатуры.

В зависимости от тяжести поражения и активности лечения последствия параличей могут быть обратимыми или носить стойкий характер.

У некоторых больных наряду с развитием параличей мышц верхнего плечевого пояса наблюдаются поражения ядер черепномозговых нервов (бульбарные явления: неясность речи, затрудненность глотания).

Наблюдаются атипичные и очень легкие формы болезни, при которых, однако, возможно развитие параличей.

В редких случаях возможен летальный исход при явлениях тяжелого расстройства кровообращения и дыхания.

Распознавание. Основывается на клинической картине и эпидемиологических данных. Необходимо учитывать эпидемиологические данные (пребывание заболевшего в очагах энцефалита, укусы его клещами)

и клиническую картину. Для лабораторной диагностики разработаны специальные методы исследования, требующие наличия специально оборудованной лаборатории.

При дифференциальном диагнозе необходимо иметь в виду эпидемический менингит, полиомиелит, ботулизм, сыпной тиф.

Лечение. Наиболее эффективно внутримышечное введение больному специфической лечебной сыворотки, полученной путем иммунизации лошадей вирусом клещевого энцефалита. Рекомендуется внутривенное вливание глюкозы с аскорбиновой кислотой, уротропин, подкожные вдувания кислорода, внутримышечные инъекции витамина B_1 (тиамин-бромид в дозе 0,01 г на инъекцию).

Тяжелобольные нуждаются в особенно заботливом уходе, в частности, при расстройстве глотания. Таким больным назначают полужидкие, легко усвояемые питательные блюда, обильное питье, витамины; в случае необходимости применяют питательные клизмы.

Для ликвидации последствий парезов и параличей применяют физиотерапию, электрогальванизацию, массаж, лечебную физкультуру.

Изоляция больного определяется сроком исчезновения острых клинических симптомов.

Профилактика. Уничтожение грызунов как резервуара инфекции, а также условий, необходимых для существования переносчиков инфекции, — пастбищных клещей (сжигание травы).

В течение дня — повторные осмотры всех работающих в тайге для выявления присосавшихся клещей. Для защиты от нападения клещей нужно носить специальную одежду (наглухо застегнутые комбинезоны или обычную мужскую одежду). Брюки необходимо заправлять в сапоги или носить ботинки с гетрами; ворот и манжеты рубашки смазывать камфарным маслом.

В целях специфической профилактики применяют вакцинацию убитой культурой фильтрующегося вируса возбудителя весенне-летнего энцефалита.

ЭНЦЕФАЛИТ ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ (ЯПОНСКИЙ) — сезонное инфекционное заболевание. Наблюдается в летне-осенние месяцы на Дальнем Востоке и в некоторых районах Приморья. Вызывается особым видом фильтрующегося вируса. Заражение человека наступает при укусе комара — переносчика японского энцефалита.

Симптомы и течение. Инкубационный период длится 10—15 дней. Начало заболевания обычно острое, последующее течение бурное, с высокой температурной реакцией и выраженными менингеальными и общемозговыми явлениями. Отмечаются резкие головные боли, общая разбитость, нередко затемняется сознание и возможны менингеальные симптомы. В отдельных случаях при резко выраженных общемозговых явлениях развивается коматозное состояние или двигательное беспокойство.

Картина крови характеризуется лимфопенией и отсутствием эозинофилов. Спинно-мозговая жидкость при пункции вытекает под повышенным давлением, в ней обнаруживается увеличенное содержание белка и лимфоцитов.

Изредка наблюдаются атипичные и стертые формы болезни.

Распознавание. Основывается на эпидемиологических данных (пребывание заболевшего в эпидемическом очаге, сезон года), а также на клинической картине болезни.

Лечение. Применение антисыворотки, внутривенные вливания 40% глюкозы (50 мл в день), подкожно — физиологический раствор (до 1,5 л в день), внутрь витамины C и B_1.

Профилактика. Радикальное уничтожение комаров (с помощью препарата ДДТ), меры индивидуальной защиты (засетчивание помещения, устройство пологов над кроватью, применение специальных сеток для лица, пропитанных диметилфталатом, 5% эмульсией ДДТ, 5% раствором

креолина). Во избежание укусов комаров в эндемических районах рекомендуется избегать пребывания на открытом воздухе после захода солнца.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ см. *Свинка.*

ЯЩУР (APHTAE EPISOOTICAE) — зоонозная инфекция. Вызывается особым видом фильтрующегося вируса, паразитирующего в коже и эпителиальных клетках слизистой оболочки. Источник инфекции — парнокопытные сельскохозяйственные животные, главным образом коровы, молоко которых заразительно. Человек заражается преимущественно через молоко коров и несколько реже при близком контакте с больными животными (во время ухода).

Симптомы и течение. Продолжительность инкубационного периода от 2 до 6 дней. Болезнь начинается с повышения температуры до 38,5—39,5°, резкой головной боли, явлений общей слабости. Вслед за этим на слизистой оболочке рта, а также на коже близ ногтевого ложа пальцев рук и ног появляются обильные высыпания мелких пузырьков. При лопании пузырьков образуются язвочки с сероватым дном и красными краями. Глотание затруднено, резко выражено слюнотечение. Лихорадочный период продолжается 5 дней; высыпания на коже и слизистых оболочках ликвидируются к 12—14-му дню болезни. В крови отмечается эозинофилия.

Распознавание. Основывается на клинической картине болезни (необходимо провести дифференциальный диагноз с язвенным стоматитом), а также на эпидемиологических данных. В некоторых случаях ящур напоминает эксудативную эритему.

Лечение. Внутривенное вливание новарсенола (всего 2 вливания по 0,3 г с промежутком между вливаниями в 48 часов), осарсол по 0,25 г 4 раза в день в течение 4—6 дней (если появляется зеленая окраска мочи, препарат отменяют). Язвочки на месте пузырей смазывают 3% раствором перекиси водорода или тушируют 4% раствором ляписа.

Изоляция проводится на время острых клинических проявлений болезни.

Профилактика. Тщательный санитарно-ветеринарный надзор за сельскохозяйственными животными, особенно в молочных хозяйствах; употребление в пищу только кипяченого или пастеризованного молока.

Приложение 1

СРОКИ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Название болезни	Срок инкубационного периода		Примечания
	минимальный	максимальный	
Брюшной тиф	7 дней	21—23 дня	
Паратиф Б	3 дня	15 дней	
Паратиф А	2 »	14 »	
Токсикоинфекции	2—3 часа	24 часа	
Дизентерия бактериальная	2 дня	7 дней	
Дизентерия амебная (амебиаз)	Не уточнен		
Холера	Несколько часов	6 дней	
Сыпной тиф	8 дней	23 дня	
Возвратный тиф	2 дня	14 дней	
Возвратный тиф клещевой	5 дней	10 »	
Малярия	6 »	31 день	При трехдневной малярии иногда 7—11 месяцев
Москитная лихорадка (паппатачи)	3 дня	8 дней	
Скарлатина	Несколько часов	11 »	
Дифтерия	2 дня	10 »	
Корь	6 дней	18 »	У привитых противокоревой сывороткой 28 дней
Коклюш	2 дня	15 »	
Ветряная оспа	10 дней	21 день	
Натуральная оспа	5 »	15 дней	

Продолжение

Название болезни	Срок инкубационного периода		Примечания
	минимальный	максимальный	
Эпидемический паротит	3 дня	30 дней	
Эпидемический менингит	Несколько часов	7 »	
Эпидемический энцефалит:			
клещевой	8 дней	23 дня	
японский	4—7 дней	21 день	
Полиомиэлит	3 дня	10 дней	
Грипп	Несколько часов	3 дня	
Чума	Несколько часов	9—10 дней	У вакцинированных и при введении сыворотки до 12 дней
Туляремия	1 день	21 день	
Бруцеллез	7 дней	8 недель	
Ботулизм	1—2 часа	26 часов	
Сибирская язва	Несколько часов	8 дней	
Сап	3 дня	14 »	
Бешенство	15 дней	80 »	Редко до 1 года
Ящур	2 дня	6 »	
Лептоспироз	3—4 дня	20 »	
Лейшманиозы	10 дней	9 месяцев	
Столбняк	1 день	36 дней	Иногда до 1 года и более (при операциях удаления осколков)
Газовая гангрена (раневые инфекции)	1 день	—	

Приложение II

СПОСОБЫ СОБИРАНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Заболевание	Какой материал должен быть взят для лабораторного исследования	На который день от начала болезни	Когда лаборатория может дать заключение	Примечания
Брюшной тиф	1. Кровь (8—10 мл из вены) во флакон с 80—100 мл желчи или желчного бульона для получения гемокультуры	С 1—2-го дня	Через 3 дня	
	2. Кровь (1—2 мл из вены или из пальца) в пробирку для реакции агглютинации (в условиях фельдшерского пункта капли крови берут на фильтровальную бумажку).	С 8—9-го дня	На следующий день	Реакцию повторить через 5—7 дней
	3. Кал (3—5 г в специальный патрон или стерильную баночку).	С начала заболевания, но чаще с 3-й недели	Через 4 дня	Смешать в патроне с равным объемом 30% глицерина в физиологическом растворе
	4. Моча (50—100 мл в стерильную бутылочку)	С 3-й недели	То же	
Паратифы А и Б	1. Кровь для получения гемокультуры, как при брюшном тифе 2. Кровь для реакции агглютинации 3. Кал и моча, как при брюшном тифе	С 8—9-го дня	Соответственно брюшному тифу	
Пищевые токсикоинфекции	1. Кровь на гемокультуру, как при брюшном тифе	С 1-го дня	Через 3 дня	
	2. Рвотные массы 15—20 мл (в специальный патрон)	Сразу	Через 4 дня	
	3. Кал (3—5 г в патрон или баночку)	»	То же	В глицериновой смеси
	4 Кровь для реакции агглютинации	С 8—9-го дня	На следующий день	

Продолжение

Заболевание	Какой материал должен быть взят для лабораторного исследования	На который день от начала болезни	Когда лаборатория может дать заключение	Примечания
	5. Пищевые продукты (остатки готовой пищи, сырого мяса, трубчатых костей, рыбы)	С 1—2-го дня	Через 4 дня	
Дизентерия бактериальная	Кал (3—5 г в патрон или пробирку, выбирать слизисто-гнойные комочки)	С 1-го дня	Через 4 дня	Если возможно, посев производить у постели больного
Холера азиатская	Рвотные массы } в специальные Кал (3—5 г) } патроны	То же	Предварительное — через 12 часов; окончательное — через 36—48 часов	Материал тщательно упаковать и опломбировать
	Два мазка из кала на предметных стеклах	» »	В тот же день	
Сыпной тиф	Кровь (1—2 мл из вены или пальца) для реакции агглютинации	С 5—7-го дня	На следующий день	При получении низкого титра реакцию повторить через 3—5 дней
Возвратный тиф	Кровь из пальца в виде двух мазков и двух толстых капель на предметных стеклах	Во время приступа	В тот же день	Кровь брать только при высокой температуре, желательно вечером
Малярия	То же	То же	То же	
Дифтерия } Ангина }	Пленка или слизь из зева (при дифтерии и из носа) на стерильный ватный тампон	С 1-го дня	На следующий день	Тампоны переслать в лабораторию немедленно после взятия материала. Беречь от охлаждения
Эпидемический менингит	Спинномозговая жидкость (5—10 мл, добытые при пункции, в стерильной пробирке)	То же	То же	

Продолжение

Заболевание	Какой материал должен быть взят для лабораторного исследования	На который день от начала болезни	Когда лаборатория может дать заключение	Примечания
	Мазки из зева и носа после исчезновения клинических симптомов		На следующий день	Для выявления бациллоносителей
Сибирская язва Кожная форма	1. Содержание пузырька вокруг язвочки на стерильном ватном тампоне и на двух предметных стеклах (мазки)	С 1-го дня	То же	Для выявления бациллоносителей
Легочная форма	2. Мокрота в стерильном патроне и два мазка мокроты на предметных стеклах	» »	» »	
Кишечная форма	3. Кал в патроне	» »	» »	
	В лабораторию должны быть направлены части туши подозрительного животного, а также меховые вещи, изготовленные из подозрительного сырья (в стерильных пробирках шерсть из разных мест)			
Сап	1. Выделения из язв } на стерильные 2. Слизь из носа } ватные тампоны	» » » »	» » » »	Посевы редко дают положительный результат. Материал используется для введения самцам морских свинок, у которых сапный материал вызывает специфический орхит
	3. Кровь из вены (5—10 мл в пробирку)	» »	» »	
	4. Мокрота (в специальном патроне)	» »	» »	

Продолжение

Заболевание	Какой материал должен быть взят для лабораторного исследования	На который день от начала болезни	Когда лаборатория может дать заключение	Примечания
Чума	1. Кровь на гемокультуру: 10 мл засевают в питательную среду у постели больного	С 1-го дня	Через 2—3 дня	Соблюдать строжайшую осторожность. Материал тщательно укупоривать и пломбировать
Бубонная форма	2. Пунктат железы: мазки на стеклах и засев на месте в питательную среду	То же	То же	
Легочная форма	3. Мокрота в специальном патроне и в виде мазков на стеклах	» »	По мазкам в тот же день, по биопробе — к 7—10-му дню	
	Кроме того, в лабораторию направляют трупы павших грызунов, предварительно опущенные в сосуд с керосином для уничтожения эктопаразитов			
Туляремия	1. Кровь (8—10 мл) для заражения лабораторных животных	С 1-го до 8-го дня	Через 7—10 дней	
	2. Кровь (1—2 мл в пробирку) для реакции агглютинации	С 8-го до 9-го дня	На следующий день	
	3. Трупы павших грызунов, как при чуме		Через 7—10 дней	
Бруцеллез	1. Кровь из вены для получения гемокультуры: засев в две колбы со специальной средой по 5 мл крови, добытой из вены	С момента заболевания	Через 15—20 дней	

Продолжение

Заболевание	Какой материал должен быть взят для лабораторного исследования	На который день от начала болезни	Когда лаборатория может дать заключение	Примечания
	2. Кровь (1—2 мл из вены или пальца) для реакции агглютинации	С 8-го до 9-го дня	На следующий день	
	3. Моча (10—20 мл) в стерильную посуду для засева в лаборатории	С первых дней	Через 15—20 дней	
Оспа натуральная	Содержимое везикул на стерильном ватном тампоне для прививки в роговицу кролика	То же	Через 3—4 дня	Можно упаковать в стерильную пробирку для отсылки на анализ
Лептоспирозы	1. Кровь для получения гемокультуры (2—3 мл крови из вены) засевают на 10—12 мл водопроводной воды	» »	Через 8—10 дней	
	2. Кровь (2—3 мл) для заражения морской свинки непосредственно в сердце или в брюшную полость	» »	Животное гибнет через 6—10 дней	В печени, почках и надпочечниках животного обнаруживается большое количество лептоспир
	3. Кровь (1—2 мл) для реакции агглютинации	С 8-го до 9-го дня	На следующий день	
Газовая гангрена	1. Выделения из раны на стерильном ватном тампоне	С момента заболевания	Через 8—10 дней	
	2. Кусочки размозженной ткани засевают в пробирки со средой Тароцци	То же	То же	

Приложение III

ВОЗБУДИТЕЛИ ВАЖНЕЙШИХ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ

Название болезни	Название возбудителя	Жизнеспособность возбудителя во внешней среде
Брюшиой тиф	Бактерия брюшиого тифа	В текучей воде выживает до 5—10 дией, в стоячей воде — до 4 иедель, в иле прудов и колодцев — до иесколькнх месяцев (в зависимости от температуры), во льду — до иескольких месяцев, в выгребных ямах и почве — свыше одиого месяца, в сыром молоке иа холоду до 35 дией, иа поверхиости овощей и фруктов от 5 до 10 дией, в различиых пищевых продуктах — (масле, сыре, мясе) — от 1 до 3 месяцев, иа белье, платье, посуде — до 2 недель, иа шерстяиой ткаии — до 50 дией
Паратиф А	Бактерия паратифа А	То же, что и бактерия брюшиого тифа
Паратнф Б	Бактерия паратифа Б	То же, что и бактерия брюшиого тифа
Пищевые отравления (токсикоинфекцин)	Группа возбудителей пищевых токсикоиифекций	В оргаиизме больиых животиых, в мясе и мясных продуктах в течеиие длительиого времеии
Дизеитерия бактериальная	Различиые разиовидиости возбудителя дизеитерии	Во влажиой почве сохраияются иесколько месяцев, могут перезимовать под сиегом; иа грязиом белье — от 1 до 2 иедель; иа хлебе, овощах, фруктах — до 2 иедель; в молочиых продуктах — от 8 до 10 дией; в кишечиике комиатиой мухи — более 10 дней

Продолжение

Название болезни	Название возбудителя	Жизнеспособность возбудителя во внешней среде
Холера	Холериый вибрион	В испражиениях выживает 2—3 дня; на грязном белье — 12 дией; в глубоких слоях почвы — до 2 месяцев; в воде — от 8 до 14 дней; во льду — иесколько месяцев; в сыром молоке — от 1 до 6 дией; в стерилизоваииом молоке (при последующем загрязнении) — до 10 дией; в масле — до 30 дией; на овощах, ягодах и фруктах — от 10 до 12 дней; в холерных трупах от 3 до 4 недель
Сыпной тиф	Риккетсии Провачека	В организме зараженных вшей сохраняются до конца жизни вши, т. е. в течение 24—30 дней; в кале вшей — до иескольких месяцев (?); в крови, взятой от больного, при сохраиении на холоду — от нескольких часов до 7 дией
Возвратный тиф (вшивый)	Спнрохета Обермейера	В крови, взятой от больиого, сохраняется от нескольких часов до нескольких дней (дольше всего — при комнатной температуре), но это не имеет эпидемиологического зиачения, в оргаиизме заражеиных вшей — от 12 до 25 дней
Возвратный тиф (клещевой)	Спирохета возвратиого клещевого тифа	В организме заражеиного клеща (Ornithodorus) и заражеиных грызунов (песчаики) — длительное время
Малярия	Плазмодий малярии (четыре тнпа) Плазмодиум вивакс Плазмодиум малярии Плазмодиум фальципарум Плазмодиум овале	В крови, взятой от больиого, иа холоду сохраняется иесколько дией; в организме комара аиофелеса — в течение всей его жизии (в летне-осеиний период — от 2 до 3 месяцев)

Продолжение

Название болезни	Название возбудителя	Жизнеспособность возбудителя во внешней среде
Москитная лихорадка (паппатачи)	Фильтрующийся вирус	Сохраняется в организме москита (флеботомус)
Скарлатина	Возбудитель окончательно не установлен, одни авторы считают возбудителем скарлатины гемолитический стрептококк, другие — фильтрующийся вирус	Гемолитический стрептококк в обычных условиях быстро погибает; в высушенном виде сохраняется до полугода; о сохранности фильтрующегося вируса при скарлатине данных не имеется
Дифтерия	Бактерия дифтерии	В засохших пленках из зева при отсутствии света сохраняет свою жизнеспособность до 3 месяцев; на солнце погибает через несколько часов; в молоке и воде может жить до 3 недель
Корь	Фильтрующийся вирус	Быстро погибает при высушивании и под влиянием света
Коклюш	Бактерия Борде-Жангу	То же
Ветряная оспа	Фильтрующийся вирус	» »
Натуральная оспа	Фильтрующийся вирус (тельца Пашена)	В высушенном состоянии (в пыли, на вещах, на одежде), а также в замороженном виде оспенный вирус сохраняется длительное время
Эпидемический цереброспинальный менингит	Менингококк Вексельбаума	Быстро погибает на свету при достаточной аэрации и при высушивании

Продолжение

Название болезни	Название возбудителя	Жизнеспособность возбудителя во внешней среде
Клещевой (весенне-летний) энцефалит	Фильтрующийся вирус	В организме иксодовых клещей сохраняется длительное время
Осенний (японский) энцефалит	» »	Сохраняется в организме комаров. Длительность сохранения изучается
Эпидемический паротит (свинка)	» »	Сохраняется в каплях слюны, выделяемых больными при кашле и чихании, до высыхания
Грипп эпидемический	» »	Быстро погибает при высушивании
Чума	Бактерия чумы	В гною и подсохшей мокроте живет несколько месяцев, на одежде и белье — месяц, в организме блох — до 12 месяцев и больше, в чумных трупах летом до 7—10 дней, зимой до 5 месяцев (при низких температурах почвы до $1^1/_2$ лет)
Туляремия	Бактерия туляремии	В высушенных шкурках грызунов сохраняется до 2 месяцев, в зерне и фураже, зараженных выделениями туляремийных грызунов, — несколько недель, в воде — до 3 месяцев
Бруцеллез	Группа бруцелл: микрококки мальтийской лихорадки или овечьего бруцеллеза, бактерии инфекционного аборта коров и бруцеллеза свиней	В молоке сохраняется от 8 до 38 дней, в кислых молочных продуктах и сыре — до 21 дня, в брынзе — до $1^1/_2$—2 месяцев, в воде и почве — до 3 месяцев, на одежде, загрязненной мочой больных, — до 17 дней

Продолжение

Название болезни	Название возбудителя	Жизнеспособность возбудителя во внешней среде
Сибирская язва	Бактерия сибирской язвы	Споры сибиреязвенной палочки сохраняются десятками лет в почве и на поверхности ее, годами — в шкурах и шерсти сибиреязвенных животных
Сап	Бактерия сапа	В засохшей мокроте и выделениях больного сапом животного, сохраняется до 3 недель, во влажных помещениях — до 30 дней
Ящур	Фильтрующийся вирус	При высушивании материала в комнате выживает до 7 дней, в садовой земле — до 30 дней, в сене — до 140 дней
Лептоспирозы	Лептоспиры различных видов	Живет месяцами в воде открытых водоемов; долго (до $2^1/_2$ месяцев) сохраняется в пищевых продуктах, инфицированных выделениями крыс; в воде и влажной почве, инфицированных мочой больных, сохраняется до 12 дней, в пыли и на инфицированной одежде — до 30 дней
Бешенство	Фильтрующийся вирус	Сохраняется в слюне больных животных; во внешней среде быстро погибает
Столбняк	Бацилла столбняка	Споры сохраняются годами в почве, пыли, паутине
Газовая гангрена	Группа спорогенных анаэробов	То же, что и бактерии столбняка

ГЛАВА IV

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ[1]

АНЕМИЯ (ANAEMIA). Анемия — нарушение синтеза гемоглобина, образование эритроцитов или их чрезмерный распад. Чаще наблюдается у детей на первом году жизни, особенно у детей, больных рахитом, гипотрофией. Различают: анемию новорожденных детей (см. *Гемолитическая болезнь*), недоношенных (см. *Недоношенные дети*), анемию вследствие неправильного вскармливания, дефектов ухода и перенесенных острых и хронических инфекций, интоксикаций, а также после кровотечений (травма, геморрагический диатез). Злокачественная анемия у детей наблюдается не часто (см. *Заболевания системы крови*).

Симптомы и течение. Нарушение общего состояния, понижение аппетита, бледность кожи и слизистых (при более тяжелом течении увеличение селезенки и печени), функциональные шумы сердца. Более или менее значительное понижение количества гемоглобина, нередко при нормальном количестве эритроцитов или незначительном его уменьшении (гипохромная анемия); при более тяжелых формах — значительное понижение количества эритроцитов, изменение их величины (анизоцитоз), формы (пойкилоцитоз), появление молодых форм (ядерные эритроциты). При раннем и правильном лечении течение благоприятное.

Распознавание. Диагноз не может быть поставлен без полного общего исследования крови. Исключить ложное малокровие (бледность кожи вследствие глубокого расположения капилляров, их спазма при нормально окрашенных слизистых и нормальном составе крови), гемолитическую анемию и анемию при лейкемиях.

Лечение. Рациональное питание (ограничить молоко, давать достаточное количество животного белка, печенку, мозги, увеличить количество овощей и фруктов), повышенное количество витаминов, особенно витамина С. Санаторно-гигиенический режим (достаточное пребывание на свежем воздухе, физкультура). Необходимо избегать школьного переутомления. Препараты железа: Ferri reducti 0,1—0,5 г, Ferri lactici 0,2—0,5 г, Ferri carbonici 0,1—0,5 г 2—3 раза в день. Давать во время или после еды. За 15 минут до приема препаратов железа назначать 1—2% раствор разведенной соляной кислоты по 1—2 чайные или десертные ложки в зависимости от возраста. Гепатокрин — $^1/_2$—1 чайная ложка 2 раза в день. Внутримышечное введение камполона, антианемина по 1—2 мл ежедневно. При более тяжелом течении анемии, наличии гнойных очагов, дистрофии необходима госпитализация, переливание крови, эритроцитной массы, плазмы, а также введение в мышцу или подкожно витамина B_{12} по

---

[1] Дозировка лекарственных веществ в зависимости от возраста см. главу «Рецептура и фармакологические сведения о лекарственных препаратах», а также в тексте. При выписке рецептов необходимо указывать возраст ребенка.

15—30 γ[1] каждые 2—3 дня, витамина B_6 по 0,005—0,01 г один раз в день внутрь в течение 15—30 дней.

Профилактика. Правильное питание и режим, особенно во время инфекционных заболеваний.

Раннее распознавание (общее исследование крови после перенесенных заболеваний и при глистной инвазии).

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ (ASTHMA BRONCHIALE). Наблюдается обычно у детей с неустойчивой нервной системой, имевших проявления эксудативного диатеза в раннем возрасте. Возникает чаще всего в возрасте 2—3 лет (в период формирования речи). Большое значение имеют повторные или рецидивирующие заболевания органов дыхания — назофарингит, бронхит и особенно хроническая пневмония.

Симптомы и течение. Периодически повторяющиеся приступы упорного кашля и одышки в течение нескольких часов или 1—3 суток со светлыми промежутками различной длительности. Приступ чаще возникает ночью. Во время приступа у детей нередко повышается температура, наблюдается общее тяжелое состояние, цианоз, затрудненное дыхание; выдох шумный, удлинен; при выслушивании преобладают сухие свистящие хрипы, но могут быть и влажные хрипы всех видов, что нередко обусловливает постановку диагноза пневмонии; только повторность приступов позволяет установить правильный диагноз. В некоторых случаях заболевание протекает в виде астматического бронхита.

Лечение. Приступ должен купироваться с самого начала приемом внутрь эфедрина, теофедрина, димедрола или введением адреналина под кожу. У некоторых больных хороший эффект оказывают препараты белладонны (астматол и т. д.). Показаны горячая ножная ванна, банки; применения горчицы лучше избегать вследствие запаха. Если приступ не купируется в домашних условиях, ребенка следует поместить в больницу, где по показаниям можно применить гормонотерапию (кортизон, преднизон). При обострении хронической пневмонии, сопровождающемся приступом, одновременно назначают антибиотики (стрептомицин, террамицин, биомицин). Между приступами назначают мероприятия, воздействующие на нервную систему, — рациональное питание и режим, широкое пользование свежим воздухом, а также тренировка дыхания путем обычной и лечебной физкультуры и специальных дыхательных упражнений.

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,005—0,025 (в зависимости от возраста)
Euphyllini 0,1
Dimedroli 0,01—0,025
Sacchari 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,005—0,025 (в зависимости от возраста)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Профилактика см. *Бронхит острый, Профилактика.*

АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ВРОЖДЕННАЯ (ATRESIA DUCTUS CYSTICI, HEPATITIS ET CHOLEDOCHI). Врожденное уродство желчных путей. Желчь не поступает в кишечник. Резкое нарастание желтухи с первых дней жизни, кал обесцвечен, моча насыщенно желтого цвета. В течение 1—2 месяцев общее состояние может оставаться хорошим, затем постепенно ухудшается, печень и селезенка увеличиваются, появляются кровоизлияния на коже. Без оперативного вмешательства дети обычно погибают на 4—6-м месяце жизни. Показано своевременное хирургическое лечение не позже 3—5-недельного возраста).

[1] 1 γ (гамма) = 1 микрограмму (μг) = 0,000001 г.

БРОНХИТ ОСТРЫЙ (BRONCHITIS ACUTA). Чаще всего присоединяется к поражению верхних дыхательных путей. Наблюдается также при острых инфекционных заболеваниях, особенно при гриппе, в продромальном периоде кори, катаральном периоде коклюша.

Симптомы и течение. Частый кашель, сухой или влажный, ухудшение общего состояния, повышение температуры (иногда заболевание протекает без повышения температуры). Отсутствие притупления перкуторного звука и неизмененное дыхание при наличии сухих и влажных хрипов, рассеянных в обоих легких. Затяжное течение бронхита наблюдается у детей раннего возраста, страдающих рахитом, эксудативным диатезом, у детей дошкольного и школьного возраста — при наличии аденоидных разрастаний, воспалительных явлений в придаточных полостях носа и увеличении миндалин.

Распознавание. Следует исключать воспаление легких, туберкулез бронхиальных узлов.

Лечение. При повышенной температуре — постельное содержание в хорошо проветриваемой комнате. Горячая ванна, горчичники и горчичное обертывание.

При сухом кашле — кодеин, доверов порошок (дается только детям старше 2 лет), при влажном — минеральная вода (боржом), паровая ингаляция и отхаркивающие. При показаниях (высокая температура, затянувшееся течение) — сульфодимезин, иногда внутримышечное введение пенициллина. Одновременно повышенное количество витаминов, препараты кальция.

Rp. Codeini phosphorici 0,06
Aq. destill. 100,0
MDS. По ½ чайной ложки 3 раза в день детям от 6 месяцев до года и по 1 чайной ложке 3 раза в день детям от 1 года до 3 лет

Rp. Liq. Ammonii anisati
Natrii bicarbonici
Natrii benzoici āā 1,0
Sir. simplicis 10,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной (десертной) ложке 3—4 раза в день

Rp. Codeini phosphorici 0,005
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день (для детей старше 3 лет)

Профилактика. Закаливание детей с раннего возраста. Раннее распознавание и лечение рахита. Широкое пользование свежим воздухом. Выработка правильного дыхания (через нос). Занятия физкультурой и спортом. Оздоровление носоглотки. Оберегать детей от инфекционных заболеваний.

БРОНХИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (BRONCHITIS CHRONICA) см. *Пневмония хроническая.*

БРОНХОАДЕНИТ см. *Туберкулез.*

ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ см. *Врожденные пороки развития.*

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ. Незаращение верхней губы (заячья губа — labium leporinum), незаращение неба (волчья пасть — rictum lupinus).

При этих пороках нарушен акт сосания.

При невозможности сосания груди — сцеживать молоко и кормить ребенка через резиновую соску или с ложечки. Операция показана у крепких детей: при заячьей губе — с 2—4-месячного возраста, при волчьей пасти — в 5—6 лет.

ГАСТРОЭНТЕРИТ ОСТРЫЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА (GASTROENTERITIS ACUTA). Причина: перегрузка грубой, неудобоваримой, чрезмерно жирной пищей, сладостями, а также недоброкачественная пища. Кишечная инфекция.

Симптомы и течение. Общее недомогание, повышенная температура, головная боль, потеря аппетита, обложенный язык, рвота, понос, боли в животе.

Распознавание. Следует исключить острую дизентерию, обострение хронической дизентерии, тифозно-паратифозную инфекцию, аппендицит.

Лечение. Постельный режим, тепло на живот. При упорной рвоте — промывание желудка, затем очистительная клизма или слабительное — венское питье (настой сенны сложный), сернокислая магнезия. Диета: первый день — чайно-водная; со 2-го дня — сладкий чай с сухарем, кисель, мясной бульон, овощной протертый суп; с 3—4-го дня — картофельное пюре, кефир, каши; с 5—6-го дня постепенное назначение обычной диеты.

В репарационном периоде — соляная кислота с пепсином, панкреатин. При подозрении на кишечную инфекцию (затяжное течение) — антибиотики (синтомицин, левомицетин, биомицин, тетрациклин, террамицин) или сульфаниламиды.

Профилактика. Правильный пищевой режим; гигиеническое хранение и приготовление пищи.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ (HELMINTHIASIS) см. *Глистные заболевания.*

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ (MORBUS HAEMOLYTICUS NEONATORUM). Возникает вследствие несоответствия резус-фактора крови матери и плода. Если в эритроцитах плода находится резус-фактор, а в эритроцитах матери резус-фактор отсутствует, то в результате перехода через плаценту резус-фактора плода в кровь матери в ней образуются антитела — антирезус-агглютинины. Их поступление в кровь плода или новорожденного в момент родов приводит к гемолизу его эритроцитов. Несоответствие крови матери и плода в отношении подгрупп резус-фактора, а также классических групп крови А, В, 0 тоже может вызвать гемолиз эритроцитов плода.

Симптомы и течение. В зависимости от формы заболевания: 1) врожденная универсальная водянка плода заканчивается смертью плода внутриутробно или сразу после рождения; 2) тяжелая желтуха новорожденного наступает с первых часов жизни, быстро нарастает, испражнения в большинстве случаев окрашены. Отмечается увеличение печени и селезенки, более или менее значительное уменьшение гемоглобина и количества эритроцитов, нередко эритробластоз и поражение нервной системы; 3) анемия появляется обычно на 5—6-й день жизни, быстро нарастает бледность кожи и слизистых, наблюдается падение гемоглобина и числа эритроцитов, часто эритробластоз.

Смерть при желтушной форме и при анемии может наступить в первые дни жизни, если заболевание не распознано и не предприняты соответствующие мероприятия.

Распознавание. Исключить (при желтушной форме) врожденный сифилис, сепсис, врожденное уродство желчных путей, эпидемический гепатит (при перенесенном матерью эпидемическом гепатите во время беременности). Для подтверждения диагноза необходимо специальное исследование крови матери и ребенка на несовместимость.

Лечение. С первого дня жизни переливание резусотрицательной крови (внутрипуповинно), по показаниям применяются и обменные переливания крови.

Профилактика. Беременные женщины, у которых дети от предшествующих беременностей погибли в первые дни жизни с симптомами общей водянки, желтухи или малокровия, должны быть взяты на

специальный учет. При рождении ребенка немедленно делать переливание резусотрицательной крови.

ГИПОТРОФИЯ (HYPOTROPHIA). Расстройство питания, роста, обмена веществ и реактивности. Наблюдается только в раннем возрасте. Причины: недоедание количественное или качественное; острые инфекционные заболевания; часто повторяющиеся острые катары верхних дыхательных путей, желудочно-кишечные заболевания (особенно дизентерия), нарушения со стороны центральной нервной системы и т. д.

Симптомы и течение. При гипотрофии I степени подкожно-жировой слой умеренно уменьшен, на туловище и животе несколько теряется упругость кожи; в весе ребенок отстает примерно до 20%; рост не страдает. Общее состояние остается удовлетворительным.

При гипотрофии II степени — более значительная потеря жира на туловище, конечностях и частично на лице; наблюдается некоторое отставание в росте, отставание в весе (до 40%). Кожа теряет эластичность, становится бледной, вялой, сухой, легко собирается в плохо расправляющиеся складки.

При гипотрофии III степени (или атрофии) жир исчезает везде. Глаза и щеки западают, на лбу появляются морщины, скулы выдаются, подбородок заострен. На туловище и конечностях кожа висит складками. Живот втянут или вздут вследствие усиленного образования газов и атонического состояния кишечника и брюшной стенки. Мышцы истончены, тонус их большей частью повышен. Дыхание часто поверхностное, замедленное, тоны сердца приглушены. Резкое отставание в весе (на 50% и более), росте и статических функциях. Температура обычно ниже нормы.

Лечение. Необходима прежде всего правильная организация среды (ухода, режима, воспитания, питания), а при наличии инфекционного процесса — и соответствующее лечение. При недоедании — докармливание сцеженным грудным молоком или соответствующей смесью коровьего молока.

При гипотрофии I степени — полноценное питание.

При гипотрофии II степени в связи с пониженной усвояемостью пищи ребенок получает вначале $1/2$ или $2/3$ полагающейся ему по объему пищи. Постепенно под контролем веса и стула объем пищи увеличивают. Обязательно грудное молоко в количестве 300—400 мл; остальное питание — в зависимости от возраста и состояния ребенка (см. *Питание детей*). Концентрированную пищу в виде сливок, масла, творога следует вводить осторожно. Во избежание водного голодания при ограничении питания давать ребенку 100—200 мл 5% раствора глюкозы, 100—150 мл физиологического раствора или раствора Рингера, воду или чай с добавлением фруктовых соков. Вводится такое количество жидкости, чтобы она вместе с пищей, получаемой ребенком, составляла тот объем пищи, который соответствует его возрасту. (150 мл на 1 кг веса). При пониженном аппетите назначают соляную кислоту с пепсином (Sol. Acidi hydrochlorici dilutum 1—2% 100,0, Pepsini 1,0—2,0) по 1 чайной ложке перед едой 3 раза в день или натуральный желудочный сок по $1/2$—1 чайной ложке 3 раза в день, а также панкреатин 2—3 раза в день за полчаса до еды. В более тяжелых случаях переливание плазмы крови, внутримышечное введение гамма-глобулина.

При гипотрофии III степени (атрофии) назначается ограниченное количество пищи (50—75% нормы), обязательно грудное молоко (300—400 мл) дробными порциями 8—10 раз в сутки. При отсутствии грудного молока дают подкисленные смеси. Недостающее по объему количество пищи возмещается до нормы в виде жидкости (5% раствор глюкозы, физиологический раствор или раствор Рингера, вода). Постепенно объем пищи увеличивают: к грудному молоку добавляют пахтанье или подкисленные смеси (кислый В-рис, кефир), затем кашу, кисель, овощное пюре; осторожно вводят концентрированную пищу в виде творога, протертого мяса (в зависимости

от возраста). После года жизни можно давать наряду с грудным молоком кислые смеси (см. *Питание детей*), кефе с молоком, простоквашу, овощной суп или бульон. При пониженном аппетите — соляная кислота с пепсином, панкреатин, а также Calcii glycerophosphorici 0,15 г 2—3 раза в день. Витамин С (100—200 мг в сутки) назначают с самого начала лечения. В период восстановления питания осторожно вводят рыбий жир. Остальные витамины — по показаниям. Показано внутривенное вливание 20% раствора глюкозы, плазмы, в дальнейшем внутримышечное введение гамма-глобулина, переливание крови.

Независимо от метода лечения необходимо и лечение физическими методами: пребывание на воздухе, массаж, гимнастика.

Выявление воспалительных очагов, отита, мастоидита, пневмонии, а также сифилиса, малярии и т. д. и их обязательное лечение.

Профилактика. Устранение причин, приводящих к гипотрофии: предупреждение инфекционных заболеваний, своевременное принятие мер при заболевании ребенка.

Правильное естественное вскармливание. Своевременное введение прикорма и витаминов, включая А и D, при отнятии от груди — назначение полноценного питания. Правильный уход, режим, достаточное пребывание на свежем воздухе.

ГИРШПРУНГА БОЛЕЗНЬ (MORBUS HIRSCHPRUNGI) см. *Запор*.

ГЛИСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ см. *Внутренние болезни, Глистные заболевания*.

Аскариды. Симптомы и течение. Понижение аппетита, тошнота или рвота (обычно по утрам натощак), слюнотечение (ночью), понос или запор, боли в животе, часто в области пупка или под ложечкой. Иногда аскариды, собираясь в клубок, могут обусловить картину острого живота (см. *Хирургия*). Головная боль и головокружение, раздражительность, судорожные припадки.

Лечение. Накануне и в дни лечения дают легко усвояемую пищу, бедную жирами (полужидкая пища, белый хлеб и т. д.). Накануне лечения — на ночь солевое слабительное (сернокислая магнезия или глауберова соль) по 2 г на год жизни ребенка на прием в полустакане воды. Затем 2 дня подряд натощак или после легкого завтрака дают 3 порошка сантонина по 0,005 г на год жизни через 1 час по порошку или 2 порошка через 2 часа; через 1 час после последнего порошка — слабительное, через 1 час после слабительного — легкий завтрак. Ослабленным детям сантонин назначают за $1\frac{1}{2}$ часа до еды на протяжении дня — утром, днем и вечером. При отсутствии сантонина можно назначать в течение 2—3 дней цитварное семя по 0,2—0,5 г 3 раза в день в растертом виде с вареньем.

Успешно применяют также таблетки санкафена (сантонина 0,016 г, каломеля 0,0065 г, фенолфталеина 0,016 г) по одной таблетке на каждый год жизни на курс лечения. Метод лечения: накануне делают очистительную клизму; утром больной получает стакан сладкого чая с куском белого хлеба, после чего следует первый прием таблеток санкафена, через 30 минут — второй прием таблеток санкафена, через 2 часа после второго приема — завтрак; на ночь ставят очистительную клизму. На второй день лечения повторяют то же самое, только вместо клизмы дают на ночь слабительное (не назначать Natrii sulfurici и Magnesii sulfurici!) — пурген, венское питье, ревень. Необходимо предупредить родителей и самих детей о запрещении во время лечения санкафеном кислых блюд (квашеной капусты, соленых огурцов, лимонов, щавеля и т. д.). При массовой дегельминтизации избегать давать санкафен школьникам второй смены. Применение сантонина и санкафена противопоказано при повышенной температуре, тяжелом общем состоянии вследствие туберкулеза, ревматизма и пр., при заболеваниях печени и почек, желудочно-кишечного тракта.

В упорных случаях аскаридоза применяют таблетки гептилрезорцина по 0,1 г на 1 год жизни до 10 лет, от 10 до 16 лет суточная доза 1 г. Всю дозу дают натощак в течение 1 часа за 3—6 приемов с теплым сладким чаем. Таблетки гептилрезорцина надо глотать, не разжевывая. Через 5 часов — легкий завтрак; на ночь или на следующее утро — слабительное. В день лечения и последующие 2—3 дня рекомендуется легко усвояемая пища; острые и кислые блюда исключаются. В день приема препарата лучше соблюдать постельный режим. Применение гептилрезорцина противопоказано при острых желудочно-кишечных заболеваниях и язвенной болезни. Хорошие результаты дает пиперазин адипинат, сульфат или фосфат; доза препарата — на каждый год жизни 0,1 г 2 раза в день. Курс лечения 2-дневный. Слабительное (пурген) дается при задержке стула; особой диеты не требуется.

При заболеваниях, являющихся противопоказанием для лекарственных противоглистных средств, рекомендуется дегельминтизация путем введения кислорода в желудок через тонкий зонд. Введение кислорода производится при помощи легко конструирующегося прибора, который состоит из двух сообщающихся стеклянных сосудов, соединенных посредством тройника с кислородной подушкой и зондом. Кислород вводится медленно, с перерывами, в течение не менее 15 минут. Доза кислорода — около 100 мл на каждый год жизни. Кислородная терапия противопоказана только при язвенной болезни.

Острицы. Мелкие черви белого цвета от 2 до 12 мм длины. Паразитируют в нижнем отрезке тонких кишок и на всем протяжении толстых. Для яйцекладки выползают ночью через расслабленный сфинктер заднепроходного отверстия. Отложенные яйца созревают в течение ночи, что обусловливает постоянное самозаражение, чрезвычайно затрудняет борьбу с этим видом гельминтов и требует наряду с лекарственной терапией обязательных гигиенических мероприятий.

Симптомы и течение. Зуд в области заднего прохода и половых органов; краснота и расчесы в этих местах, реже — потеря аппетита, тошнота, боли в животе, бессонница, понижение трудоспособности, рассеянность, ночное недержание мочи; у девочек — вульвовагинит, онанизм.

Лечение. Первый курс — лечение сантонином или санкафеном, как при аскаридозе. В первый день лечения проводят тщательную уборку помещения (мытье полов, мебели, окон, игрушек и т. д.), больному назначают гигиеническую ванну с тщательным обмыванием заднего прохода; сменяют постельное и носильное белье.

Второй курс лечения сантонином (или санкафеном) проводят обязательно через 15—20 дней. Вместо сантонина (санкафена) можно давать серу по 0,05 г на год жизни 3 раза в день во время еды в течение 6 дней подряд, после чего делать перерыв на 4 дня. Таких курсов проводят от 3 до 6.

В промежутке между курсами ежедневно ставят клизму на ночь из воды или 1% содового раствора, ежедневно утром и вечером обмывают область заднего прохода и половых органов; рекомендуется спать в трусах; утром и вечером их снимать и кипятить или проглаживать горячим утюгом Обязательно мытье рук перед едой и после пользования уборной, содержание в чистоте постели и помещения. Лечение необходимо проводить одновременно для всей семьи (всего коллектива).

Применяется также пиперазин адипинат (дозировка см. *Аскаридоз*), но курс удлиняют до 3—5 дней и повторяют через 7—10 дней.

Власоглав. Симптомы и течение. Симптомы в значительной степени зависят от количества паразитов. Приступообразные боли в животе, болезненность при пальпации в области слепой или сигмовидной кишки. Запор может чередоваться с поносом, причем последний наблюдается чаще. Головная боль, головокружение, раздражительность,

иногда обморок. При тифлите и сигмоидите, вызываемых власоглавом, наблюдается субфебрильная температура, а при значительной степени инвазии — малокровие, протекающее по типу злокачественного.

Лечение. Лечение осарсолом лучше проводить в стационаре. На курс лечения назначают столько таблеток осарсола по 0,25 г, сколько ребенку лет; все количество делят на 18 разовых приемов. Препарат дают 3 дня подряд 3 раза в день за 1 час до еды, на 4-й день назначают слабительное, на 5-й и 6-й день делают перерыв. Затем опять 3 дня дают осарсол и на следующий день — слабительное. Детям до 6 лет лечение осарсолом противопоказано.

Противопоказания к лечению осарсолом. Заболевания печени, почек, сердца, острые желудочно-кишечные заболевания, дерматиты, болезни эндокринных желез, заболевания нервной системы.

Во время курса лечения нельзя употреблять кислую и соленую пищу, необходимо измерять температуру 2 раза в день, не допускать задержки стула; каждые 1—2 дня исследуют мочу.

Осарсол может вызывать побочные явления, которые выражаются в возникновении кореподобной сыпи, зуда кожи, учащенного жидкого стула, повышении температуры, появлении белка в моче, головной боли. При наличии таких симптомов лечение осарсолом следует прервать, промыть желудок, дать слабительное. Как противоядие назначают 10% раствор тиосульфата натрия (Sol. Natrii hyposulfurosi 10%) по 1 чайной (десертной) или по 1 столовой ложке через каждые 2—3 часа. Перед началом лечения осарсолом в течение 3 дней проводят лечение метиленовой синью до 0,005 г на год жизни на разовый прием; синь дают 3 раза в день после еды в капсулах или в растворе.

Помимо осарсола применяют также гептилрезорцин или введение кислорода в прямую кишку посредством клизмы. Кислород вводят ежедневно в течение 5—7 дней после очистительной клизмы в тех же дозах, что и при введении в желудок (см. *Аскариды*). Каждые 10—15 дней в течение полугода после проведенного курса лечения необходимо исследовать испражнения.

Ленточные глисты. Карликовый цепень — типичный детский паразит, встречается чаще у городских детей. Карликовый цепень имеет такое же строение, как и другие ленточные глисты, но отличается от последних малыми размерами — 1,5—2 см. Паразитирует в средней трети тонкого кишечника. Из выбрасываемых в просвет кишечника яиц выходит зародыш, который развивается без промежуточного хозяина и в течение 7—8 дней достигает половозрелой стадии. Вследствие такого своеобразия развития происходит быстрое увеличение количества паразитов до сотен и тысяч экземпляров у одного больного.

Симптомы и течение. Интенсивные боли в животе, иногда приступообразные, поносы со значительным количеством слизи, тошнота, понижение аппетита, слабость, похудание. Значительные нервные расстройства — появление раздражительности, доходящей до агрессивности (изменение характера), иногда эпилептиформные припадки. Выраженная эозинофилия.

Больной является источником заражения для окружающих, в детских коллективах при несоблюдении санитарно-гигиенических условий заражение происходит очень быстро. Наличие карликового цепня затрудняет лечение острой дизентерии и способствует переходу ее в хроническую. Нередко сочетается с лямблиозом.

Лечение. Необходимо полноценное питание с увеличенным количеством белка и витамина А (рыбий жир), что снижает интенсивность яйцекладки в $4^1/_2$ раза. Лечение проводят экстрактом мужского папоротника циклами по 1 дню через 8—10 дней. Проводят 3 таких цикла. Дозировки (суточные) экстракта папоротника: детям в возрасте 1—2 лет — 0,3 г, 3—4 лет — 0,6 г, 5—6 лет — 0,9 г, 7—8 лет — 1,2 г, 9—10 лет —

1,5 г, 11—12 лет — 1,8 г, 13—15 лет — 2 г, старше 15 лет — 2,5—3 г. В последние годы с успехом применяют и меньшие (половинные) дозы экстракта папоротника. За 2 дня до лечения назначают легко усвояемую пищу, богатую углеводами. Накануне лечения — солевое слабительное. Утром натощак клизма. После действия клизмы дают папоротник в 2 приема с промежутками в 15—20 минут. Через 1½—2 часа после второго приема дают солевое слабительное, еще через 2 часа — завтрак. Рекомендуется комбинированное лечение: 3 дня метиленовая синь по 0,005 г на 1 год жизни на прием 3 раза в день после еды, затем экстракт папоротника в указанных дозах 1 день, далее 3 дня ятрен по 0,025 г на 1 год жизни 3 раза в день. Повторение циклов обязательно.

В последнее время рекомендуется лечение акрихином. Дозы акрихина: детям в возрасте 3—4 лет — 0,15 г, 5—6 лет — 0,25 г, 7—9 лет — 0,35—0,4 г, 10—12 лет — 0,45—0,5 г, 14—15 лет — 0,6 г, 15—16 лет — 0,7 г. Накануне и в день лечения — протертая пища; ограничение жиров, острых и соленых продуктов. На ночь — солевое слабительное, утром — очистительная клизма, натощак — соответствующая доза акрихина по 1—2 таблетки каждые 10 минут. Через ½—1 час после приема последней таблетки солевое слабительное или венское питье. Лечение повторить 3 раза с интервалом в 2 недели.

ГРУДНИЦА, ВОСПАЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НОВОРОЖДЕННЫХ (MASTITIS NEONATORUM). Симптомы и течение. Припухание, покраснение и болезненность грудных желез, повышение температуры; часто образуется абсцесс.

Лечение. Местно — сухое тепло. При подозрении на абсцесс внутримышечно 50 000—100 000 ЕД пенициллина в сутки в 0,5% растворе новокаина до исчезновения местного воспалительного процесса. При созревании абсцесса — разрез.

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ (DIABETES MELLITUS) см. *Внутренние болезни, Диабет сахарный.* Обязательная госпитализация ребенка, заболевшего диабетом.

ДИАТЕЗ ЭКСУДАТИВНЫЙ (DIATHESIS EXSUDATIVA). Характеризуется своеобразной реакцией организма на различные раздражители внешней и внутренней среды. Проявления эксудативного диатеза рассматривают главным образом как результат повышенной чувствительности к различным пищевым веществам: яйцам, молоку, сыру, меду, иногда ягодам, в частности к клубнике. При грудном вскармливании проявления эксудативного диатеза могут возникнуть в связи с особенностями питания матери.

Симптомы и течение. Самые ранние проявления (с первых месяцев жизни, чаще с 3—4-го месяца): себорея, молочный струп, опрелость, экзема, узелковая сыпь, крапивница, географический язык, астматический бронхит, в более старшем возрасте — бронхиальная астма. У таких детей отмечается наклонность к острому катару верхних дыхательных путей, к диспепсическим явлениям. Периферические лимфатические узлы, особенно шейные, увеличены, аппетит неустойчив; повышенная возбудимость, раздражительность, беспокойство, плохой сон. С 6—8 лет кожные проявления почти исчезают, но может наблюдаться крапивница, отек Квинке.

Лечение сводится к созданию нормальной среды, предупреждающей проявления эксудативного диатеза: правильный уход и воспитание, режим; при отсутствии кожных проявлений рекомендуется обтирание, массаж, гимнастика, физкультура, длительное пребывание на воздухе. Очень важно правильное питание (см. *Питание детей*). Нельзя допускать перекармливания ребенка. Питание матери (при эксудативных проявлениях у ребенка, находящегося на грудном вскармливании): исключить яйца, шоколад, ограничить молоко; мясо и рыбу употреблять в вареном виде, рекомендовать овощи и фрукты. Из пищи ребенка исключать вещества, к которым установлена повышенная чувствительность.

Необходимо давать витамины A, C, комплекс B, по показаниям и другие витамины, препараты кальция (хлористый кальций, глюконат кальция), железа. При появлении крапивницы или узелковой сыпи назначают димедрол. При экземе без мокнутия — присыпки, болтушки (см. *Кожные болезни*). Отдельные элементы смазывать 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. В стадии мокнутия экземы — примочки (раствор буровской жидкости). После подсыхания кожи — индифферентные мази. К гигиеническим ваниам добавлять: при сухой коже питьевую соду (1 столовая ложка на ведро воды), при мокнущей — марганцовокислый калий, а также череду (1—2 столовые ложки опускают в мешочке в ванну). При очень тяжелых кожных проявлениях — госпитализация, парентеральное введение витаминов B_{12} и B_6, иногда и гормональная терапия (кортизон, преднизон).

ДИСПЕПСИЯ ПРОСТАЯ ОСТРАЯ (DYSPEPSIA SIMPLEX). Наблюдается преимущественно у детей первого года жизни. Причины — перекармливание, недокармливание, неправильное соотношение составных частей пищи (чрезмерное количество жира или углеводов), перегревание, дефекты ухода, парентеральная инфекция (катар верхних дыхательных путей, отит, пиелит и другие заболевания); кишечная инфекция (см. *Колиэнтерит*).

Симптомы и течение. Учащенный стул желто-зеленого цвета с белыми комочками, небольшая примесь слизи в испражнениях в результате раздражения слизистой кишечника, растяжение кишечника газами, срыгивания, однократная рвота, понижение аппетита. Остановка в нарастании веса или его падение. Общее состояние нарушено незначительно: беспокойство, ухудшение сна. При правильно проводимом лечении течение благоприятное.

Распознавание. Отсутствие эффекта после проведенной диетотерапии указывает в большинстве случаев на парентеральную диспепсию или заболевание колиэнтеритом. Исключить дизентерию.

Лечение. При диспепсии на почве недостаточного количества молока у матери детей докармливают женским сцеженным молоком или молочными смесями.

При диспепсии, вызванной неправильным пищевым режимом, у детей, находящихся на грудном или смешанном вскармливании, пропускают 1—2 кормления, заменяя их слегка подслащенным некрепким чаем и водой, затем ограничивают количество пищи в течение 2—3 дней, давая грудное молоко или кислые смеси (см. *Питание детей*). Недостающее до нормы количество пищи заменяют жидкостью. Искусственно вскармливаемым детям назначают на 10—12 часов водную диету: слегка подслащенный чай, воду и 100—150 мл раствора Рингера и 5% раствор глюкозы. После водной диеты в случае отсутствия грудного молока вводят пахтанье или кислую смесь (2/3 молока и 1/3 рисового отвара) в количестве 300—400 мл в сутки; недостающее до нормы количество пищи заменяют жидкостью, которую дают небольшими порциями. Затем, постепенно увеличивая объем пищи, уменьшают количество жидкости. Общее количество жидкости (вместе с пищей) должно составлять 150 мл на 1 кг веса ребенка.

При диспепсии, сопутствующей парентеральной инфекции, проводят лечение основного заболевания и несколько уменьшают общий объем пищи. Проведение водной диеты не всегда показано. При отсутствии эффекта от диетотерапии и подозрении на кишечную инфекцию см. *Колиэнтерит, Лечение*.

Профилактика см. *Диспепсия токсическая*.

ДИСПЕПСИЯ ТОКСИЧЕСКАЯ (DYSPEPSIA TOXICA). Наблюдается преимущественно у детей, находящихся на искусственном, неправильно проводимом вскармливании, главным образом в первые 9 месяцев жизни. Большое значение имеет перегревание ребенка. Нередко с первых дней заболевание осложняется инфекционным кишечным процессом (кишечная палочка и другие условно патогенные микробы кишечного тракта).

Симптомы и течение. Поражение нервной системы: вялость или возбуждение, чередование возбуждения и заторможенности, помрачение сознания, токсическое дыхание, вздутие легких, нарушение двигательной и тонической деятельности желудочно-кишечного тракта. Упорная рвота, учащенный жидкий стул. Обезвоживание организма: резкое падение веса. Глухие тоны сердца. В моче белок, сахар, цилиндры. Течение тяжелое. Дети нуждаются в срочной госпитализации.

Распознавание. Следует исключить колиэнтерит, дизентерию, пневмонии, сопровождающиеся токсикозом, токсические формы гриппа, пиелита, воспаления среднего уха и придаточных полостей.

Лечение. Организация правильного режима, спокойная обстановка, способствующая удлиненному физиологическому сну. Препараты брома (Natrii bromati 0,25—0,5, Aq. destill. 100,0 по 1 чайной ложке 3 раза в день).

При сильном возбуждении — люминал (Luminali 0,005 по 1 порошку 2 раза в день), теплые ванны.

В первый день болезни полное лишение пищи и проведение водной диеты в продолжение 18—24 часов. Жидкость вводят часто, небольшими дозами (через 15—20 минут по 2—3 чайные ложки); при упорной рвоте вводят раствор Рингера подкожно с 5% раствором глюкозы (100—150 мл), внутримышечно с 10% раствором глюкозы (40—80 мл), внутривенно с 5—10—20% раствором глюкозы (100—70—30 мл). Внутривенное введение плазмы в количестве от 40 до 60 мл. При тяжелом токсикозе и обезвоживании — внутривенное капельное вливание смеси, состоящей из 300 мл раствора Рингера, 200 мл 5% раствора глюкозы, 100 мл плазмы, 100 мг аскорбиновой кислоты, 5 мг витамина B_1, 50 000 ЕД пенициллина и 50 000 ЕД стрептомицина. Жидкость вводят через иглу, соединенную с аппаратом, который снабжен капельницей, по 12—15 капель в 1 минуту в течение 24 часов из расчета 150—180 мл на 1 кг веса ребенка до наступления дезинтоксикации. Со 2-го дня проводят дозированное дробное кормление грудным сцеженным молоком, начиная с 10—20 мл 8—10 раз в день. Каждый следующий день количество грудного молока увеличивают на 100 мл. Недостающее до нормы количество жидкости (из расчета 130—150 мл на 1 кг веса) заменяют водой, слегка подслащенным чаем и 150—200 мл раствора Рингера пополам с 5% раствором глюкозы. Детям после 6 месяцев можно ввести 200—250 мл 3% рисового отвара. С 5—6-го дня в зависимости от тяжести случая ребенка можно приложить к груди на 5 минут. Через несколько дней назначают ту пищу, которую ребенок получал до заболевания. При отсутствии грудного молока после водной диеты применяют лечебные кислые смеси: пахтанье, ²/₃ кефира и ¹/₃ рисового отвара, подкисленное снятое молоко в постепенно возрастающем количестве. Когда объем пищи доведен до 500—600 мл молочной смеси, назначают кашу начиная с 20—30 мл и в дальнейшем постепенно переводят ребенка на привычную пищу, соответственно его возрасту.

При упорной рвоте — промывание желудка 1—2% раствором соды или раствором Рингера. Сердечно-сосудистые средства: кордиамин, коразол, адреналин, кофеин.

Применение антибиотиков: левомицетин, синтомицин, террамицин, тетрациклин, биомицин, иногда очень эффективны антибиотики группы неомицина — колимицин, мицерин (см. *Колиэнтерит, Лечение*). Допустима дача сульфонамидов (сульфодимезин, норсульфазол). Препараты дают в течение 7—10 дней. Во время лечения антибиотиками необходима поливитаминотерапия — аскорбиновая кислота, витамины группы В.

При осложнениях пневмонией, отитом и др. применяют один из антибиотиков тетрациклинового ряда, который не применялся в начале лечения токсической диспепсией; можно также назначить подкожное введение пенициллина, а при недостаточной его эффективности — эритромицина (25 000 ЕД на 1 кг веса в сутки).

В период выздоровления ферментотерапия — соляная кислота с пепсином, панкреатин. Поливитаминотерапия, при наличии анемии, гнойных очагов — переливание крови по 30—50 мл через 4—5 дней.

Очень важен правильный, тщательный уход. Оберегать от охлаждения (грелки) и от перегревания, следить за кожей (см. *Опрелость*), полостью рта (см. *Молочница*), глазами (увлажнение глаз раствором Рингера), умело вводить пищу и питье.

Профилактика. Правильное вскармливание и уход за ребенком. Избегать перегревания. Достаточное пребывание на свежем воздухе. Соблюдение санитарно-гигиенических правил в окружении здорового и больного ребенка.

ЖЕЛТУХА (ICTERUS) см. *Внутренние болезни, Желтуха.*

ЗАПОР (OBSTIPATIO). Наблюдается обычно у детей первых месяцев жизни при голодании (недостаток молока у матери, чрезмерно разведенное коровье молоко и т. д.) или нерациональном питании с избыточным количеством коровьего молока, а также у детей с вялой мускулатурой брюшных и кишечных стенок (атонический запор), нередко при рахите, после острых желудочно-кишечных заболеваний. У детей более старшего возраста — при протертой, бедной клетчаткой пище, после перенесенных желудочно-кишечных заболеваний, особенно дизентерии. Запор может быть вызван рефлекторно вследствие трещин заднепроходного отверстия, воспалительного процесса в прямой кишке; у школьников нередко имеет значение систематическое подавление рефлекса на дефекацию. Упорный запор, сопровождающийся сильным вздутием и увеличением объема живота, наблюдается при болезни Гиршпрунга — врожденное уродство толстого кишечника вследствие нарушения иннервации его стенки.

Лечение. Устранение основной причины задержки испражнений. У детей раннего возраста — назначение докармливания, если после проверки путем взвешивания ребенка до и после кормления количество грудного молока у матери окажется недостаточным; уменьшение избыточного количества коровьего молока за счет введения протертых овощных блюд и фруктов. У старших детей в диету должны быть включены продукты, содержащие достаточное количество клетчатки: ржаной хлеб, овощи, фрукты, а также продукты, усиливающие перистальтику кишок, — мед, простокваша, кефир и др. Следует избегать назначения слабительных и частого применения клизм. Необходимо с раннего детства приучать ребенка к регулярному опорожнению кишечника в определенное время.

Хорошие результаты дает назначение витамина B_1: детям раннего возраста — 5 мг 2—3 раза в день, старшим детям 10—15 мг 2 раза в день; массаж живота, физические упражнения: гимнастика, лыжи, коньки и общеукрепляющее лечение. При болезни Гиршпрунга, кроме того, систематическое применение клизм и промываний толстого кишечника. После 3 лет возможно хирургическое лечение.

ЗАЯЧЬЯ ГУБА см. *Врожденные пороки развития.*

КАНДИДОЗ. Вызывается различными видами дрожжеподобных грибков типа кандида. За последние годы возникает чаще в связи с широким применением антибиотиков. Особенно часто это заболевание наблюдается у детей раннего возраста, ослабленных, страдающих витаминной недостаточностью и длительно получающих лечение антибиотиками. Размножение грибка кандида приводит к поражению слизистой оболочки полости рта — возникают молочница, заеды. Нередко грибок размножается на кожных покровах, в области ногтевого ложа и т. д. У ослабленных детей грибковое поражение может развиться в слизистых оболочках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и даже во внутренних органах. Могут возникать грибковые пневмонии, грибковые колиты и т. д. Грибковые пневмонии протекают тяжело. У некоторых детей развивается грибковый сепсис — генерализованный кандидоз. Для диагностики этого заболевания проводятся исследования мазков со слизистой полости рта, соскобов с языка,

мокроты, а также кала и мочи на дрожжевые клетки и нити мицелия в микологической лаборатории и посевы крови на специальную среду.

Лечение. Отмена или уменьшение дозы антибиотиков, дача кислых смесей — простокваши, кефира, витаминов B_1, С в больших дозах, а также назначение внутрь противогрибкового антибиотика — нистатина в дозах 0,25 г 3—4 раза в день. Эти же меры применяются для предупреждения развития кандидоза при лечении антибиотиками.

КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ см. *Внутренние болезни, Васкулит геморрагический (болезнь Шейнлейна — Геноха).*

КОЛИТ ОСТРЫЙ (COLITIS ACUTA). Слизисто-кровянистый понос. См. *Инфекционные болезни, Дизентерия.*

КОЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (COLITIS CHRONICA). Наблюдается после перенесенного острого колита, чаще всего дизентерийной этиологии, преимущественно у больных, страдающих дистрофией.

Симптомы. Учащенный, до 3—5—9 раз в сутки, жидкий, иногда со слизью, стул, часто обильный, с гнилостным запахом, иногда слабо окрашенный. Пониженное питание, увеличенный объем живота, бледность, вялость, иногда рвота, анемия, отсталость в развитии. Заболевание длительное, рецидивирующее.

Распознавание. Диагноз следует ставить с большой осторожностью, ребенка необходимо изолировать.

Для исключения хронической дизентерии повторно исследовать испражнения (посевы, копрологическое исследование), провести серологическое исследование и ректороманоскопию.

Лечение. Правильный режим. Регулярное пребывание на свежем воздухе. Массаж. Гимнастика. Полноценное питание с включением кефира, творога, пюре из овощей, мяса. Аскорбиновая кислота (витамин С), витамин B_1, никотиновая кислота, натуральный желудочный сок, соляная кислота с пепсином, панкреатин, углекислый кальций, облучение ртутно-кварцевой лампой. В период обострения — сульфаниламидные препараты, антибиотики (синтомицин, левомицетин), препараты тетрациклиновой группы, иногда вяжущие и дезинфицирующие средства (таннальбин, висмут, салол). При развитии анемии, дистрофии — препараты железа, переливание крови или плазмы.

Профилактика. Правильное лечение острого инфекционного колита. Установление правильного режима.

КОЛИЭНТЕРИТ (ENTEROCOLITIS). Вызывается патогенными штаммами кишечной палочки, чаще всего B. coli $0_{111}:B_4$, B. coli 026 и B. coli 055. Наблюдается главным образом у детей первого года жизни, начиная с первых дней (нередко еще в родильном доме), но преимущественно до 6 месяцев. Чаще болеют недоношенные и дети, находящиеся на искусственном и смешанном вскармливании, особенно после перенесенных заболеваний.

Источником инфекции являются больные дети и коливыделители. Заражение происходит через загрязненные руки, белье, предметы ухода, инфицированную пищу. Наблюдаются эпидемические вспышки.

Симптомы и течение. Протекает под видом простой и токсической диспепсии. Однако при токсической форме колиэнтерита у большинства детей более острое начало, более стойкая температурная реакция, токсикоз тяжелее и длительнее, чем при токсической диспепсии, дезинтоксикация наступает постепенно, отмечаются рецидивы токсикоза. Испражнения водянистые, зеленого цвета со слизью, резко выраженный метеоризм. Часто упорная анорексия, отмечаются затяжные случаи с тяжелыми расстройствами питания. Особенно большие трудности для диагностики представляют колиэнтериты, не сопровождающиеся токсикозом, их трудно отличить от простой диспепсии. Решающим является бактериологическое исследование — выделение из испражнений патогенных штаммов кишечной палочки. Эпидемические данные, например повторные заболевания в яслях, также могут быть решающими для диагноза.

Распознавание. Исключить дизентерию, парентеральную и алиментарную диспепсию (простую и токсическую).

Лечение и профилактика. В общем не отличается от общепринятого лечения при простой и токсической диспепсии. Очень раннее применение антибиотиков при колиэнтерите. Наиболее эффективными являются: мицерин 4000 ЕД на 1 кг веса (разовая доза) 2 раза в сутки в течение 5—7 дней; колимицин 20—25 мг на 1 кг веса (суточная доза) в 4 приема. Левомицетин, синтомицин и стрептомицин менее эффективны.

КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ (HAEMORRHAGIA INTRACRANIALIS NEONATORUM). Причина — тяжелые затяжные или, наоборот, очень быстрые роды, раннее отхождение вод, оперативное вмешательство во время родов (наложение щипцов и др.). Наблюдаются особенно часто у недоношенных детей.

Симптомы. Беспокойство или сонливость, судороги, расстройство глотания и сосания, приступы асфиксии, нистагм, косоглазие, повышение температуры на 3—4-й день жизни.

Лечение. Полный покой, тщательное согревание, кормление ребенка с ложечки, частое вдыхание кислорода, при судорогах — хлоралгидрат. Внутримышечно — материнская кровь (5 мл). Витамин K внутрь по 5 мг 1—2 раза в день в течение 3—5 дней. Аскорбиновая кислота (витамин C) по 50 мг 1—2 раза в день. 1% раствор глютаминовой кислоты с первого дня жизни перед кормлением по 5 мл 3 раза в день в течение 2 недель, в дальнейшем — в зависимости от состояния ребенка.

ЛАРИНГИТ ОСТРЫЙ (LARYNGITIS ACUTA) см. *Болезни уха, горла и носа.*

ЛОЖНЫЙ КРУП (PSEUDOCROUP). Симптомы и течение. Внезапное начало, повышение температуры, насморк, лающий мучительный кашель при неизмененном голосе, одышка с затруднением вдоха. Общее состояние напоминает дифтерийный стеноз гортани.

Распознавание. Внезапное начало, быстрое улучшение состояния под влиянием принятых мер. Исключить дифтерию гортани (истинный круп), при которой стеноз развивается медленно, в течение 2—3 дней, и сопровождается изменением голоса вплоть до афонии.

Лечение. Теплое питье, паровая ингаляция, горчичник на область гортани и трахеи, горячая ванна (ножная или общая), отхаркивающие лекарства. Если не наступит быстрое улучшение, необходимо вводить противодифтерийную сыворотку.

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae
0,1—0,2 : 100,0
DS. По 1 чайной или десертной ложке 4—5 раз в день

Rp. Inf. rad. Senegae
2,0 : 100,0
DS. По 1 чайной ложке 4—5 раз в день

Rp. Liq. Ammonii anisati
Natrii benzoici āā 2,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной или десертной ложке через 4 часа

МЕЛЕНА (MELAENA NEONATORUM) см. *Кровавая рвота новорожденных.*

МОЛОЧНИЦА (SOOR). Вызывается грибком Candida (Monilia) albicans, который также может поражать слизистую влагалища, кожу и даже внутренние органы при падении сопротивляемости организма ребенка и длительном введении некоторых антибиотиков (синтомицин, стрептомицин и др.) (см. *Кандидоз*). Легко развивается у детей первых недель жизни, а у более старших — при нарушениях питания, снижении иммунитета.

Симптомы и течение. Плотно сидящие на покрасневшей слизистой рта белые бляшки, похожие на свернувшееся молоко. В тяжелых случаях бляшки распространяются на слизистую пищевода и дыхательных путей.

Лечение. Осторожное смазывание пораженных мест раствором буры в глицерине (Boracis 4,0 + glycerini 20,0) или концентрированным сахарным сиропом несколько раз в день перед кормлением. Частое орошение рта из пипетки 1—2% раствором содового раствора.

Профилактика. Соблюдение чистоты при уходе за ребенком (частое мытье рук, обмывание молочной железы перед кормлением, кипячение бутылочек, сосок и т. д.).

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ. Дети, родившиеся до истечения нормального срока беременности с весом меньше 2500 г и длиной меньше 45 см.

Причина — главным образом заболевание матери, чаще всего инфекционного характера, многоплодная беременность, травмы и др.

Симптомы. Обильная волосатость по всему телу, слабое развитие подкожножирового слоя, у девочек зияние половой щели, у мальчиков неопущение яичек в мошонку, мягкость ушных хрящей, деформация ушных раковин, неспособность регулировать температуру тела, склонность к расстройству дыхания — вторичной асфиксии, отсутствие сосательного, а иногда и глотательного рефлекса.

Уход и кормление. Предохранение от охлаждения, тщательное согревание грелками, которые кладут у ног ребенка и по бокам; при этом ребенок должен быть хорошо укутан, открытым остается только лицо. Температура комнаты должна быть 20—24°, температура воды в грелке 65—70°. Для предупреждения расстройств дыхания — высокое изголовье, 0,5% раствор кофеина, бензонат-натрия внутрь по 1 чайной ложке 3—4 раза в сутки, вдыхание кислорода до и после каждого кормления в течение 5—10 секунд. Кормить через 3 часа 7 раз в сутки детей весом свыше 1500 г и через $2^1/_2$ часа 8 раз в сутки детей с более низким весом. В виде питья дают 5—10% раствор глюкозы на физиологическом растворе по 40—60 мл в сутки, витамин C в дозе 0,025—0,05 г в сутки.

При отсутствии глотательного рефлекса кормить с помощью пипетки, накапывая молоко у носового входа, или ложечкой через нос. После появления глотания кормить через накладку, сцеживая в нее молоко; после появления активного сосания приложить к груди. Суточное количество молока — $^1/_5$ веса (110—130 калорий на 1 кг веса тела).

Ванны — ежедневно после отпадения пуповины, температура воды 38—40°.

Прогулки на воздухе со 2-го месяца жизни; начинать с 5—10 минут и постепенно удлинять их продолжительность до $1^1/_2$ часов 2 раза в день. Тщательное ограждение от контакта с посторонними лицами как взрослыми, так и детьми.

На 2-м месяце выкладывание ребенка на живот 3 раза в день по 1—2 минуты для профилактики пупочной грыжи.

Стимуляция двигательных умений путем ежедневной гимнастики, начиная с 3—4-месячного возраста.

Профилактика рахита с первого месяца жизни (300 000 ЕД витамина D в течение 12—14 дней) или облучение кварцем (12—15 сеансов, начиная с $^1/_4$ биодозы и доводя до 4 биодоз). Лечение рахита см. *Рахит.*

При правильном уходе недоношенные дети могут догнать доношенных к концу первого года жизни по всем показателям развития.

НЕФРОПАТИЯ (НЕФРИТ ОСТРЫЙ, НЕФРОЗ, НЕФРОЗО-НЕФРИТ, НЕФРОЗ ЛИПОИДНЫЙ И ДР.) см. *Внутренние болезни.*

ОПРЕЛОСТЬ (INTERTRIGO). Покраснение и последующее шелушение кожи. Зависит в основном от плохого ухода, недостаточно частого пеленания днем и ночью. Иногда является ранним симптомом экссудативного диатеза или врожденного сифилиса.

Лечение. Пеленать до кормления и через час после него хорошо простиранными, высушенными и проглаженными горячим утюгом пеленками. Защищать кожу от мочи и испражнений, смазывая ее вазелиновым или подсолнечным (растительным) маслом, борной или другой индифферентной мазью. Обнажать опревшие места (воздушные ванны) 3 раза в день по 5 минут.

При мокнутии примочки с буровской жидкостью (по 1 десертной или столовой ложке на стакан воды). Применяются болтушки, присыпки.

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti āā 20,0
Glycerini 10,0
Aq. destill. ad 100,0
MDS. Наружное. Взбалтывать

ПИЛОРОСПАЗМ (PYLOROSPASMUS). Спазм привратника. Характерным симптомом является рвота, возникающая вследствие спазма привратника. Она обычно начинается с рождения, менее постоянна, чем при пилоростенозе, и не приводит ребенка к глубокому истощению. Обычно в возрасте $1^1/_2$—2 месяцев в противоположность пилоростенозу ребенок весит больше первоначального веса при рождении. Перистальтические волны либо не отмечаются совсем, либо возникают значительно реже. Рентгенологические задержки контрастной смеси в желудке не отмечаются. В основе рефлекторного спазма привратника лежит недостаточная зрелость и повышенная возбудимость центральной нервной системы, особенно ее вегетативного отдела. В возрасте 3—4 месяцев этот дефект устраняется.

Лечение. К 4—5-му кормлению грудным молоком добавлять по 1 чайной ложке 10% манной каши (до кормления), введение жидкости (5% раствор глюкозы, физиологический раствор или раствор Рингера) внутрь или через клизму; горчичник величиной с двухкопеечную монету на подложечную область в течение нескольких дней по 5 минут. Промывание желудка, особенно при большом количестве слизи в рвотных массах. Sol. Atropini sulfurici 0,05% (1 : 2000) от 4 до 6 капель перед кормлением 3—4 раза в день.

ПИЛОРОСТЕНОЗ (PYLOROSTENOSIS). Врожденный порок развития — гипертрофия привратника вследствие избыточного роста кольцевой мускулатуры, что приводит к сужению привратника.

Симптомы. Характерный симптом — рвота, отличающаяся упорством и интенсивностью: появляется в конце 2-й или начале 3-й недели жизни. Рвота «фонтаном» возникает непосредственно после каждого приема пищи или спустя определенное время после кормления. Аппетит хороший. Во время кормления или после него ребенок беспокоится, кричит. Характерным для этого состояния является видимая перистальтика желудка или других отделов кишечника. Вскоре после кормления, а также при охлаждении живота (распеленать ребенка) или при легком ощупывании становится заметным движение перистальтической волны, идущей от левого подреберья вправо; то заметна лишь одна волна, то одна волна следует за другой. При следующих друг за другом волнах желудок представляется в виде двух полушарий, разделенных бороздкой — песочные часы; иногда он имеет форму шара. Желудок расширен. Нижняя граница его доходит до пупка или спускается даже ниже его. Запор. Стул необильный, темного цвета, с примесью слизи — голодный стул. Мочеиспускание редкое. Частая рвота приводит к голоданию организма, а в дальнейшем — к гипотрофии. Вес детей падает, и в возрасте $1^1/_2$—2 месяцев они весят меньше, чем при рождении.

Распознавание. Диагноз устанавливается на основании картины болезни, рентгеноскопии и рентгенографии: замедленное опорожнение

желудка, глубокие перистальтические сокращения. В нормальных условиях через 3—4 часа желудок обычно бывает пуст; при пилоростенозе контрастные массы могут задерживаться в желудке до 24 часов.

Лечение оперативное, заключающееся в рассечении стенки привратника вплоть до подслизистой оболочки без последующего зашивания. Ранняя диагностика (на 2-м и 3-м месяце жизни) и своевременная операция обеспечивают благоприятный исход.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. В течение первого года необходимо грудное вскармливание. Первый раз ребенка прикладывают к груди через 8—12 часов после рождения в зависимости от состояния ребенка и матери. В дальнейшем нужно кормить регулярно каждые 3 часа с ночным перерывом в 6 часов, так как желудок ребенка опорожняется только через $2^1/_2$—3 часа после кормления, а деятельность пищеварительных желез особенно активна в привычные для ребенка часы кормления. До 2—$2^1/_2$ недель ребенка кормят через 3 часа, т. е. 7 раз; от $2^1/_2$ недель — через $3^1/_2$ часа, т. е. 6 раз, и с 4—6 месяцев — через 4 часа, т. е. 5 раз в сутки.

Перед каждым кормлением мать должна обмыть соски и околососковый кружок кипяченой водой, а после кормления обтереть его сухой ваткой или марлей. Необходимо раз в сутки (утром перед первым кормлением) обмывать грудь теплой водой с мылом.

При сосании ребенок должен захватывать не только сосок, но и околососковый кружок; при этом нужно следить за тем, чтобы вследствие сильного прижимания носа к груди матери носовое дыхание ребенка не было затруднено.

Поза матери и положение ребенка у груди должны быть всегда одинаковыми и удобными для ребенка для того, чтобы у него выработался положительный условный рефлекс на обстановку, на грудь матери. Во время кормления грудью в комнате не должно быть громких разговоров. Нельзя допускать, чтобы ребенок сильно беспокоился перед кормлением: будучи перевозбужден и утомлен, он хуже ест.

Длительность кормления ребенка грудью не должна превышать 20—25 минут. Обычно ребенок насыщается в течение 10—15 минут. При каждом кормлении нужно прикладывать ребенка попеременно только к одной груди и полностью опорожнять ее. Лишь при недостаточном количестве молока у матери можно после полного опорожнения одной груди в то же кормление приложить ребенка к другой.

При избытке молока у матери, особенно в первый месяц жизни ребенка, нужно сцеживать избыток молока после кормления.

Количество молока, получаемого ребенком за один раз, определяется взвешиванием его до и после кормления. Необходимое ребенку количество молока колеблется в зависимости от возраста: в возрасте от 2 недель до 2 месяцев ребенок в сутки должен получать молоко в количестве, равном $^1/_5$ его веса, от 2 до 4 месяцев — $^1/_6$, от 4 до 6 месяцев — $^1/_7$, от 6 месяцев до 1 года — $^1/_8$ веса (но не больше 1 л).

С 5—6 месяцев здорового, нормально развивающегося ребенка надо постепенно прикармливать.

Основные виды продуктов для прикорма по возрастам:

5% манная каша на половинном молоке	5—6 месяцев
5% » » » цельном »	$5^1/_2$—$6^1/_2$ месяцев
10% » » » » »	6—7 »
Картофельное пюре » »	6—7 »
Овощное пюре » »	6—7 »
Фруктовый кисель	$5^1/_2$—6 »
Мясной бульон с протертыми овощами	8—10 »
Мясной фарш	9—10 »
Яичный желток	5—6 »

Творог	5—6 месяцев
Сухарь, печенье	7—8 »
Протертое сырое яблоко	5—6 »
Цельное молоко	7—10 »

С постепенным увеличением прикорма уменьшается число кормлений грудью.

В 5—6 месяцев 4 раза грудь и 1 раз прикорм
» 7 » 3 » » » 2 раза »
» 9 » 2 » » » 2 » » и 1 раз грудь и прикорм
» 11 » 1 раз » » 3 » » » 1 » » » »

Здорового ребенка нужно к году отнять от груди, но не летом, в жаркое время года.

С 2—3-месячного возраста ребенку начинают давать овощные, ягодные или фруктовые соки — по 1—2 чайные ложки в день и, постепенно прибавляя, доводят порцию к году до 100 г сока в день. С 2—3 месяцев нужно также давать рыбий жир, начав с половины чайной ложки в день и, постепенно увеличивая, к 5—6 месяцам довести его количество до 2 чайных ложек в сутки.

ЗАТРУДНЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ

1. Тугая грудь — ребенку трудно захватывать сосок. Перед кормлением нужно немного сцедить молоко: грудь смягчится, и ребенок без труда сможет сосать.

2. Трещины сосков — мастит. Смазывание трещин рыбьим жиром, мазями на рыбьем жире, облучение ртутно-кварцевой лампой. Достаточно опорожнять грудь, кормить ребенка через накладку.

При мастите, сопровождающемся высокой температурой, наличии гноя в молоке прекратить кормление; после падения температуры, при рассасывании инфильтрата или же после разреза гнойника вновь приложить ребенка к груди.

3. Гипогалактия (недостаточная секреция молока из груди). Соблюдение правил кормления ребенка грудью, достаточное и полноценное питание матери, нормальный образ ее жизни. В первые 2—3 месяца можно рекомендовать более частое прикладывание ребенка к груди. Если эти мероприятия не дают должного результата, то прежде чем вводить раннее прикармливание, следует докармливать ребенка сцеженным молоком.

4. Менструации и новая беременность. При менструации продолжать кормление грудью. При новой беременности продолжать кормление грудью, но рано начать прикорм; отнимать ребенка от груди в начале второй половины беременности.

5. Заболевания матери (активный туберкулез, декомпенсированный порок сердца, тяжелые формы нефрита, диабета, базедовой болезни, эпилепсия, психические болезни и др.); при этих заболеваниях не разрешается кормить ребенка грудью.

6. Острые инфекционные заболевания матери (корь, скарлатина, ветряная оспа, грипп, ангина, воспаление легких). В этих случаях можно продолжать грудное вскармливание при условии строгого соблюдения всех гигиенических условий и если это позволяет состояние матери.

ЗАТРУДНЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА

1. Сильное возбуждение ребенка. Необходимо создать для ребенка правильный режим сна и бодрствования соответственно его возрасту.

2. Вялое состояние ребенка (слабые, недоношенные дети). В каждое кормление прикладывать ребенка ненадолго к груди и докармливать сцеженным грудным молоком.

Смешанное вскармливание. Если на грудном вскармливании ребенок плохо развивается, недостаточно или совсем не прибавляет в весе, приходится его рано докармливать. Прежде чем перейти на смешанное вскармливание, нужно установить количество высасываемого ребенком молока из груди матери путем повторных взвешиваний ребенка до и после кормления. Докармливать нужно постепенно, соответственно весу, возрасту и состоянию ребенка. Докормом может явиться либо добавочное питание к каждому грудному кормлению, либо самостоятельное кормление; докорм чередуется с прикладыванием к груди.

Прежде чем перейти к раннему докорму, необходимо использовать дробное кормление — попеременное одновременное кормление обеими молочными железами — по 5 минут из каждой железы, не увеличивая общую длительность кормления.

Общее количество кормлений, время отлучения от груди, последовательность введения различных сортов блюд такие же, как при естественном вскармливании.

Выбор молочных смесей для добавочного кормления зависит от возраста и состояния ребенка к моменту перевода его на смешанное вскармливание.

Здорового ребенка после 2 месяцев жизни можно докармливать коровьим молоком, разведенным вначале пополам с рисовым или овсяным отваром, добавив к нему 5% сахара, переходя через 1—2—3 недели на разведение с $^1/_3$ отвара; ребенка ослабленного нужно докармливать кислыми смесями (подкисленная смесь В-рис, В-кефир). При смешанном вскармливании пища ребенка должна содержать на 5—10% калорий больше, чем при естественном кормлении.

Ребенку до 2 месяцев давать докорм необходимо из ложечки или из соски с маленьким отверстием, чтобы он производил сосательные движения, в противном случае он постепенно откажется от материнской груди.

Искусственное вскармливание. При отсутствии молока у матери, а также при безусловных противопоказаниях у матери или ребенка к кормлению грудью приходится вскармливать его только молочными смесями (искусственно), причем количество кормлений за сутки и количество пищи, принимаемой за один раз, остается таким же, как при естественном и смешанном вскармливании.

При искусственном вскармливании здоровому ребенку дают в первые недели жизни коровье молоко пополам с водой (смесь № 2), а в дальнейшем с $^1/_2$ воды или отвара (№ 3 — смесь В). К этим смесям добавляют сливки или коровье молоко из расчета 1% жира, предпочтительно вскармливать ребенка кислыми смесями.

Прикорм в виде густых блюд (каши, пюре и др.) можно дать на $1^1/_2$ месяца раньше, чем при грудном кормлении. При плохом развитии ребенка и явлениях рахита назначают аскорбиновую кислоту по 0,05 г в сутки и витамин D (см. *Лечение рахита*), начиная с $1^1/_2$—2 месяцев. Калорийность пищи должна быть приблизительно на 10% выше, чем при естественном вскармливании.

Питание детей в возрасте от 1 года до 3 лет. После 1 года дети должны получать 90—100 калорий на 1 кг веса; 3—3,5 г белка, 3,5—4 г жира и 15—17 г углеводов на 1 кг веса; ребенка в возрасте до $1^1/_2$ лет кормить 5 раз в день, в возрасте старше $1^1/_2$ лет — 4 раза.

По количеству калорий, полагающихся ребенку за сутки, первый завтрак должен равняться 25%, обед — 35—40%, полдник — 10—15% и ужин — 25% суточного рациона. Пища до $1^1/_2$ лет должна быть протертой, а свыше $1^1/_2$ лет — разнообразной.

С $1^1/_2$ лет ребенка нужно приучить есть самостоятельно, начиная обучение с густой пищи; мыть руки перед едой, правильно держать ложку, уметь пользоваться салфеткой. К 2 годам ребенок должен не только опрятно самостоятельно есть, но и спокойно сидеть за столом, ожидая следующего блюда. Ребенок нередко отказывается от нового вида пищи. Надо терпеливо и настойчиво давать полагающуюся ему пищу, но насильно не принуждать его к еде и не применять угроз, чтобы не выработать отрицательного отношения к приему пищи. Следует помнить, что только на пищу, которая съедается с аппетитом, выделяется достаточное количество соков пищеварительных желез.

ПИЕЛИТ (PYELITIS). ПИУРИЯ. Воспаление почечных лоханок. Встречается чаще до 2-летнего возраста, преимущественно у девочек. Возникает обычно после или в течение гриппа, острого катара верхних дыхательных путей и желудочно-кишечных заболеваний. Возбудители — кишечная палочка, реже стрептококк, стафилококк и др. Как самостоятельное заболевание наблюдается редко.

Симптомы. При остром течении — тяжелые нарушения центральной нервной системы (у детей раннего возраста — судороги), рвота, температура до 39—40°, боли в пояснице при поколачивании (положительный симптом Пастернацкого), отсутствие аппетита, вялость, бледность, учащенный стул. При подостром течении — температура субфебрильная, у ослабленных детей даже нормальная, но резкая анорексия, бледность, раздражительность. Для диагностики необходимо исследование мочи: моча мутная, под микроскопом в осадке большое количество лейкоцитов, скопление их кучками, эпителиальные клетки, единичные эритроциты, белок в небольшом количестве.

Течение благоприятное, выздоровление через 2—4 недели, иногда рецидивирующее. При хроническом течении следует исключить врожденные пороки развития почек и мочеточников, туберкулез и камни почек.

Профилактика и лечение. Гигиеническое содержание наружных половых органов у девочек. Рациональное питание.

В остром периоде: постельный режим, обильное питье, сахарно-фруктовые дни. Пища, богатая витаминами и углеводами. Горячие ванны. Левомицетин или препараты тетрациклинового ряда. При пиелитах, осложняющих кишечные заболевания, — колимицин, мицерин (дозы см. *Колиэнтерит, Лечение*), уросульфан (0,2—0,4 г 3—4 раза в день), уротропин (0,1—0,3 г 3 раза в день). При наличии тонзиллита, катара верхних дыхательных путей — внутримышечно пенициллин, стрептомицин. При показаниях (дистрофия, вялость, затяжное течение) — переливание крови, плазмы.

ПЛЕВРИТ ГНОЙНЫЙ. ЭМПИЕМА (PLEURITIS PURULENTA, EMPYEMA). Осложнение пневмонии. Возбудители — чаще всего стафилококк, реже пневмококк, стрептококк и смешанная инфекция. Развивается преимущественно у детей раннего возраста.

Симптомы и течение. Высокая температура, общее тяжелое состояние, одышка, смещение органов — сердца, печени. Значительное притупление перкуторного звука, резко ослабленное дыхание. По мере увеличения выпота в полости плевры появляется треугольник Раухфуса (треугольник притупления перкуторного звука на здоровой стороне у позвоночника). Диагноз подтверждается пробной пункцией (гнойный экссудат). Прокол производят 10—20-граммовым шприцем сзади по лопаточной или задней подмышечной линии между VII и VIII ребром, желательно на месте наибольшей тупости. Гнойный плеврит у детей часто осложняется самостоятельным пневмотораксом вследствие прорыва легочной ткани в полость плевры. Наличие в полости плевры воздуха и гноя вызывает еще большее смещение органов, но не оказывает особого влияния на дальнейшее течение воспалительного процесса. По мере удаления гноя из полости плевры имеющийся там воздух всасывается и наступает расправление легочной ткани.

Распознавание. Исключить долевую пневмонию. На основании характера экссудата и клинической картины необходимо отдифференцировать гнойный плеврит от серозного плеврита туберкулезной или ревматической этиологии, которые обычно встречаются у детей школьного и дошкольного возраста.

Лечение. Отсасывание гнойного экссудата из полости плевры по мере его накопления и введение кристаллического пенициллина или пенициллина со стрептомицином в количестве 100 000—300 000 ЕД в физиологическом растворе в сутки. Одновременно внутримышечное введение пенициллина 2—3 раза в 0,5% растворе новокаина в сутки, а также введение других антибиотиков (см. *Пневмония мелкогнездная, Лечение*). Укрепляющее лечение: препараты железа, кальция, рыбий жир, витамины, повторное переливание крови.

При отсутствии эффекта от этого лечения — раннее хирургическое вмешательство (торакотомия).

В период выздоровления — дыхательная гимнастика, длительное пребывание на свежем воздухе и полноценное питание с добавочным введением витаминов.

ПЛЕВРИТ СЕРОЗНЫЙ (PLEURITIS EXSUDATIVA) см. гл. *Внутренние болезни*.

ПНЕВМОНИЯ МЕЛКОГНЕЗДНАЯ, БРОНХОПНЕВМОНИЯ МЕЛКООЧАГОВАЯ КАТАРАЛЬНАЯ (BRONCHOPNEUMONIA, PNEUMONIA CATARRHALIS LOBULARIS). Наиболее частая форма острого воспаления легких у детей в возрасте до 2 лет. Часто возникает как осложнение гриппа, катара верхних дыхательных путей, бронхита, кори и коклюша и реже — среди полного здоровья как острое заболевание.

Возбудители: стафилококк, вирус гриппа, аденовирусы, пневмококк, стрептококк и др.

Симптомы и течение. Постепенное начало заболевания, повышение температуры до 38—39° (у ослабленных детей первых месяцев жизни может протекать без повышения температуры), учащенное поверхностное дыхание. Раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков и диафрагмы, цианоз, кашель, ухудшение общего состояния, понижение аппетита, поражение нервной системы. Общие токсические явления и явления кислородной недостаточности появляются быстро, еще до развития воспалительных очагов в легочной ткани. Перкуторно отмечается тимпанический оттенок звука в задненижних отделах. При аускультации — большое количество мелкопузырчатых влажных хрипов, а при слиянии отдельных мелких очагов и образовании крупных очагов — бронхофония, бронхиальное дыхание, крепитирующие хрипы. Нередко наблюдается, особенно при стафилококковой пневмонии, образование воздушных полостей, нагноительного процесса в виде абсцесса и пиопневмоторакса.

Тоны сердца приглушены, пульс учащен, плохого наполнения.

В тяжелых случаях сердце расширено вправо. Печень увеличена. Ребенок часто бывает возбужден, отказывается от груди. Временами затемняется сознание. Могут быть судорожные подергивания, рвота.

У ослабленных детей с пониженным питанием нередко затяжное и рецидивирующее течение с исходом в хроническую интерстициальную пневмонию.

Распознавание. Необходимо исключить бронхит, бронхиальную астму, диспепсию с токсикозом, а при затянувшемся течении — туберкулезное поражение легких (при помощи туберкулиновых проб, исследования мокроты или промывных вод из желудка на туберкулезную палочку, рентгенологического исследования и выявления контакта с больным туберкулезом).

Профилактика пневмоний. Правильный режим, грудное вскармливание со своевременным введением прикорма, систематические ежедневные прогулки на свежем воздухе, тщательное проветривание

помещения, в котором находится ребенок. Закаливание ребенка. Профилактика рахита. Оберегать ребенка от заболевания гриппом, корью, коклюшем.

Лечение. Необходима ранняя диагностика и своевременное лечение, желательно в больничной обстановке.

Основное значение имеет правильная организация внешней среды с широким пользованием свежим воздухом, хорошим уходом и полноценным питанием, добавочным введением витаминов. Показано систематическое применение кислородной терапии, особенно у больных с тяжелой формой пневмонии; начинать ее рекомендуется до появления цианоза. Кислород дают каждые 30—60 минут в течение 2—3 минут через воронку кислородной подушки.

Кроме того, применяют горячие ванны, горчичные обертывания. Назначают антибиотики или сульфаниламидные препараты (норсульфазол, сульфодимезин и др.), а также их комбинации 5 раз в сутки (дозы см. гл. *Фармакологические сведения, Дозировка лекарственных средств*).

После установления нормальной температуры и при улучшении общего состояния сульфаниламидные препараты и антибиотики необходимо давать еще не менее 3 дней. При отсутствии эффекта в первые 2—3 дня лечения только антибиотиком показаны их комбинации: пенициллин со стрептомицином, пенициллин с биомицином, террамицин, тетрациклин, эритромицин. При даче антибиотиков, особенно в течение длительного срока, необходимо одновременно вводить витамины: аскорбиновую кислоту, тиамин, молочнокислые смеси и противогрибковый антибиотик — нистатин (дозы см. *Кандидоз*).

Применяют стимулирующую терапию — гемотерапию, переливание плазмы или крови внутривенно (по 25—50 мл через 4—5 дней повторно). Сердечно-сосудистые средства: Sol. Coffeini. natrio-benzoici 10% по 0,2—0,5—1 мл на инъекцию; Cordiamini 0,2—0,5 мл на инъекцию или внутрь по 3—5 капель 2—3 раза в день; T-rae Strophanthi 1,0, T-rae Valerianae simplicis 9,0 по 5—10 капель 2—3 раза в день, глюкоза (20% раствор для внутривенного введения, 10% раствор для внутримышечного введения, 5% раствор внутрь по 1—2 чайные ложки через 15—20 минут), кислород, лекарства, успокаивающие кашель, и т. д.

ПНЕВМОНИЯ КРУПОЗНАЯ (PNEUMONIA CROUPOSA), ДОЛЕВАЯ КРУПНООЧАГОВАЯ. Фокальная долевая крупноочаговая пневмония, главным образом у детей старше 1 года, в единичных случаях у детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года.

Симптомы и течение. Острое начало заболевания, высокая температура (в пределах 39—40°), циклическое течение со снижением температуры на 5—8—10-й день. В легких выраженный массивный воспалительный процесс, занимающий часть доли или целую долю легкого.

С первого дня заболевания приглушение перкуторного звука, бронхофония. В последующие дни на месте притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и единичные трескучие хрипы, увеличивающиеся в количестве с 4—5-го дня. Воспаление локализуется чаще в нижней доле левого легкого, затем в нижней и верхней доле правого легкого. Средняя доля правого легкого и верхняя доля левого поражаются значительно реже. Нередко в первые часы или дни заболевания наблюдается абдоминальный синдром: боли в животе, рвота, потеря сознания, судороги.

Несмотря на бурное начало заболевания, благоприятное течение и полное выздоровление в дальнейшем. Осложнения развиваются редко.

Распознавание. Острое начало, циклическое течение, наличие одного очага в легочной ткани. Исключить цереброспинальный менингит, аппендицит, брюшной тиф, туберкулезный инфильтрат в легком.

Профилактика и лечение. см. *Пневмония мелкоочаговая.*

ПНЕВМОНИЯ ХРОНИЧЕСКАЯ (PNEUMONIA CHRONICA). Развивается постепенно после многих повторных пневмоний у детей с пониженным питанием, живущих в неблагоприятных условиях или перенесших по-

вторичные заболевания органов дыхания, грипп, корь и коклюш. Имеют значение также аспирация инородного тела в бронхи и легочную ткань, врожденные пороки сердца и ревматическая инфекция, бронхиальная астма, поражение придаточных полостей носа.

Симптомы и течение. Общее недомогание, плохое нарастание в весе и слабое физическое развитие; периоды обострения воспалительных явлений в легких чередуются с периодами затишья; временами повышение температуры. Постепенно ногти приобретают форму часовых стекол, пальцы — вид барабанных палочек, отмечается постоянный кашель с выделением гнойной мокроты, запах изо рта, увеличение грудных лимфатических узлов на стороне поражения, увеличение печени. Заболевание прогрессирует постепенно, происходит уплотнение стенок бронхов, их расширение, разрастание соединительной ткани в легких и запустевание легочных пузырьков.

Распознавание. Анамнез — перенесенные повторные пневмонии, длительность заболевания. Необратимые изменения в легочной ткани при отрицательных туберкулиновых пробах и отсутствие контакта с больными туберкулезом позволяют дифференцировать заболевание от туберкулеза легких. В сомнительных случаях — повторное исследование мокроты и промывных вод из желудка на туберкулезную палочку.

Лечение. В период обострений — применение, как при острых пневмониях, комплексного лечения. Показано введение антибиотиков в виде аэрозолей (ингаляции). В периоды затишья процесса необходимо систематически проводить лечебную физкультуру с дыхательной гимнастикой и общеукрепляющее лечение.

Профилактика. Раннее распознавание острых пневмоний, тщательное лечение их вплоть до полного рассасывания воспалительного процесса в легких. Общее укрепляющее лечение и повышение сопротивляемости организма ребенка в период выздоровления.

ПНЕВМОНИЯ МЕЖУТОЧНАЯ (PNEUMONIA INTERSTITIALAE). Возникает как острое заболевание, преимущественно у новорожденных, недоношенных детей, первых месяцев жизни, отстающих в развитии, при плохом уходе, питании, витаминной недостаточности, как осложнение гриппа, сепсиса новорожденных. Возбудитель — чаще вирус, иногда грибковая (Candida albicans), паразитарная (пневмоцисты Каринии) инфекция, аскаридоз (в личиночной стадии) и др.

Симптомы. Первые симптомы: учащение дыхания, изменение общего состояния, повышение температуры. Быстро развивается общий резко выраженный цианоз, одышка, частый мучительный сухой кашель. Воспалительные изменения в интерстициальной ткани дают скудные физикальные данные: притупление перкуторного звука мало выражено, хрипы отсутствуют, но общее состояние значительно нарушено.

Распознавание. Необходимо исключить обычную мелкогнездную пневмонию, милиарный туберкулез, врожденный порок сердца.

Лечение. Широкое использование свежего воздуха, дача кислорода, повышение сопротивляемости организма ребенка введением витаминов, глюкозы, переливания плазмы и крови. Лечение сульфаниламидными препаратами и антибиотиками в отношении вирусной инфекции малоэффективно, но предупреждает развитие осложнений.

Профилактика см. *Мелкогнездная пневмония.*

ПОРОКИ СЕРДЦА ВРОЖДЕННЫЕ (VITIUM CORDIS CONGENITA). У детей возникают при неблагоприятных условиях внутриутробного развития плода: вирусная инфекция у матери в первые месяцы беременности (краснуха, паротит, грипп и т. д.), недостаточное питание матери во время беременности, в частности недостаточное снабжение витаминами, ревматизм и другие инфекционные заболевания, влияние ионизирующей радиации.

Различают врожденные пороки белого (без цианоза) и синего (с цианозом) типа. Из пороков белого типа наиболее часто встречается дефект в межжелудочковой перегородке, незаращение артериального (боталлова) протока, коарктация аорты (суженне перешейка аорты) и др.

Дефект в межжелудочковой перегородке (болезнь Толочинова — Роже) относительно мало нарушает общее состояние ребенка. Отмечается некоторое расширение сердца вправо и грубый музыкальный шум, лучше всего выслушиваемый у левого края грудины в третьем-четвертом межреберье. Цианоза не наблюдается.

Незаращение боталлова протока в первые годы жизни ребенка также мало нарушает общее состояние ребенка и поэтому нередко остается нераспознанным. С возрастом развивается расширение сердца влево, а затем и вправо, начинает выслушиваться характерный машиноподобный шум во втором межреберье слева, появляется кошачье мурлыканье. Постепенно нарастает отставание в физическом развитии, в школьном возрасте и позже возможно развитие нарушения кровообращения и присоединение септического процесса. Ввиду этого рекомендуется оперативное лечение после 3-летнего возраста. Производится перевязка или рассечение артериального протока и таким образом устраняется имеющийся порок.

Синий порок — тетрада Фалло (синяя болезнь), транспозиция сосудов и др. Первые признаки этих врожденных пороков нередко отмечаются у ребенка с самого рождения в виде одышки и цианоза. Они могут быть мало совместимы с жизнью и дети погибают в первые часы, дни и месяцы жизни. Другие пороки, особенно комбинированные, совместимы с жизнью, но они нарушают правильное развитие ребенка: отставание в физическом развитии, раннее появление расширения сердца и шумов, одышка, усиливающаяся при крике и при нагрузке, синюшная окраска кожных покровов и слизистых оболочек, нарастающая с возрастом, развитие барабанных пальцев. Оперативное вмешательство эффективно при синем пороке (тетрада Фалло) и заключается в образовании анастомоза — соединения между аортой и легочной артерией или между полой веной и легочной артерией. После этой операции восстанавливается нормальный ток крови в легком и цианоз у ребенка исчезает. Оперативное вмешательство показано в дошкольном возрасте после 3 лет. Успехи грудной хирургии заставляют в данное время уделять больше внимания врожденным порокам. Своевременное их выявление и оперативное вмешательство при некоторых пороках могут значительно улучшить общее состояние ребенка и сделать его более жизнеспособным.

ПУПКА ЗАБОЛЕВАНИЯ. Пупочный грибок (fungus umbilici). Пупочная ранка не заживает больше 2 недель и мокнет; на дне ее видны избыточные грануляции.

Лечение. Смазывание палочкой ляписа. Если имеются грануляции на ножке, их перевязывают стерильной шелковой ниткой, после чего накладывают повязку со стерильным вазелиновым маслом.

Флегмона пупка (phlegmona umbilici). Припухлость, инфильтрат, отечность в окружности пупка, краснота и болезненность; повышение температуры и ухудшение общего состояния.

Лечение. При гнойных поражениях пупочной ранки делают промывание перекисью водорода, накладывают спиртовую повязку, применяют стрептоцид для присыпки. При флегмоне назначают хирургическое лечение, пенициллин.

Профилактика. Строгая асептика при уходе за пуповиной и пупочной ранкой начиная с момента родов и до зарубцевания пупочной ранки.

Язва пупка (ulcus umbilici). Окружность пупочной ранки припухшая, дно ее изъязвлено. Если на ранке есть налет, его необходимо исследовать на дифтерию. При положительном результате — введение противодифтерийной сыворотки, при отрицательном — лечение такое же, как при флегмоне пупка *(см.)*.

РАХИТ (RACHITIS). Недостаток витамина D в организме ребенка. Развитию рахита способствует искусственное, неправильное вскармливание, несвоевременный и нерациональный прикорм, недостаточное пользование свежим воздухом, повторные инфекционные болезни. У недоношенных детей рахит развивается чаще и раньше, чем у доношенных.

Симптомы и течение. Раньше всего при рахите наблюдаются нарушения со стороны нервной системы: раздражительность, беспокойный сон, потливость, особенно затылка, зуд.

На 3—4-м месяце жизни появляются размягчение костей черепа в области боковых родничков, а несколько позднее — лобные и теменные бугры. В дальнейшем наблюдаются утолщения на месте перехода костной части ребра в хрящевую (четки), сдавление грудной клетки с боков (курная грудь), развороченные в стороны нижние края грудной клетки. На нижних концах предплечья появляются утолщения (браслетки), искривление костей верхних и особенно нижних конечностей, а также поясничного отдела позвоночника (рахитический горб). Запаздывает закрытие родничка и появление зубов, нарушается порядок их прорезывания. Одновременно с костными изменениями развивается гипотония мышц, разболтанность суставов, увеличение печени и селезенки, малокровие. Ребенок поздно начинает сидеть, стоять, ходить, говорить. У больных рахитом часто наблюдаются бронхиты, тяжело протекающие пневмонии.

Профилактика и лечение. Профилактика начинается во время беременности. Пища беременной женщины должна содержать достаточное количество солей (овощи) и продуктов, богатых витамином D. Беременная женщина должна много бывать на воздухе, а в последние месяцы беременности (зимой) рекомендуется проводить курс облучения ультрафиолетовыми лучами, принимать рыбий жир или витамин D по 3000—5000 МЕ в день. Ребенку, родившемуся осенью или зимой, а также искусственно вскармливаемому, начиная со 2-го месяца от рождения нужно давать рыбий жир, вводя его постепенно, сначала по каплям, и доводя дозу до 1/2—1 чайной ложки в день или витамин D по 3000—5000 МЕ в день в течение всей зимы или подвергать ребенка облучению ультрафиолетовыми лучами (15—20 сеансов). Недоношенному ребенку профилактическое введение витамина D в том или другом виде надо начинать уже с первого месяца жизни. Зимой профилактике подлежат все дети первого и второго года жизни. Одновременно необходимо соблюдать правильный режим с максимальным использованием свежего воздуха, а также проводить физиотерапевтические процедуры (массаж, гимнастика, водные процедуры). Ребенок должен получать полноценное питание, соответствующее его возрасту, витамины A, группы B и C, в присутствии которых действие витамина D более эффективно.

Ребенку, больному рахитом, доводят дозу рыбьего жира до 1—3 чайных ложек в день в зависимости от возраста. Его назначают и во время лечения витамином D или общего ультрафиолетового облучения. Витамин D_2 в масляном растворе выпускают в различной концентрации: 10 000—50 000 МЕ в 1 мл; при переводе на капли следует помнить, что 1 мл масляного раствора содержит 30 капель. Лечебную дозу назначают в зависимости от степени тяжести рахита. Применяют следующие методы и дозировки препарата D_2 (на курс лечения дается не больше 600 000—900 000 МЕ): 1) длительная дача по 10 000 МЕ в сутки в течение 2 месяцев; 2) массивные дозы по 30 000 МЕ в сутки в течение 15—20 дней; после перерыва в 1 месяц курс лечения повторяют; 3) ударные дозы по 100 000—200 000 МЕ 6—4 дня при остром течении рахита. При назначении больших доз витамина D, особенно при неустойчивом стуле, лучше давать спиртовой раствор витамина D, содержащий 200 000 МЕ в 1 мл (65 капель).

Общее ультрафиолетовое облучение производят по определенной схеме. Сеансы проводят через день, постепенно увеличивая продолжительность облучения до 20—25 минут. Всего проводят курс в 20—25 сеансов.

РЕВМАТИЗМ (RHEUMATISMUS) (см. также *Внутренние болезни*). Инфекционно-аллергическое заболевание. Начало заболевания преимущественно в школьном возрасте, реже в дошкольном.

Симптомы и течение. Ревматизм протекает в виде острых повторных атак, между которыми могут быть более или менее длительные межприступные периоды. Возникновению острого приступа ревматизма нередко предшествует ангина, катар верхних дыхательных путей, скарлатина и др. Иногда начало заболевания может пройти незамеченным (бесприступное начало). Воспалительный процесс чаще развивается в соединительной ткани суставов и мышце сердца, но может также развиться и в нервной системе — хорея (см.). Острый приступ протекает с нарушением общего состояния — общим недомоганием, повышением температуры, болезненностью и припуханием суставов, тахикардией, одышкой и другими признаками.

Полиартрит характеризуется болезненностью и припуханием главным образом средних суставов (локтевых, коленных). Отмечается множественность, летучесть и симметричность их поражения, которое носит обратимый характер и не оставляет деформаций. Воспалительные изменения, возникающие в оболочках сердца — миокарде, эндокарде и реже в перикарде, — сопровождаются учащением пульса, расширением сердца влево, приглушением тонов сердца, а в дальнейшем и развитием шумов. Явления миокардита могут быть более или менее выраженными. Развитие эндокардита может обусловить в дальнейшем образование клапанного порока — недостаточности митрального клапана, недостаточности аортального клапана и постепенного формирования сужения левого венозного отверстия. Во время острого приступа наряду с поражением сердца, суставов и нервной системы могут появляться сыпи на кожных покровах в виде кольцевидных красных пятен или крапивницы, а также ревматические узелки, которые чаще всего располагаются на конечностях в области суставов, по ходу сухожилий, под кожей на голове, вдоль позвоночника. Нередко в процесс вовлекаются и серозные оболочки: плевра, брюшина (что сопровождается болями в животе), внутренние органы: легкие, печень, почки. Течение ревматизма может быть острым, затяжным волнообразным и непрерывно рецидивирующим.

Длительность всего приступа ревматизма равняется 6 месяцам, но нередко продолжается и дольше, до 1 года. В межприступном периоде отсутствуют симптомы острого заболевания: температура нормальная, не отмечается морфологического изменения крови, но обычно имеется сформированный клапанный порок сердца.

Лечение. В остром периоде лечение желательно проводить в больничных условиях. Назначают строгий постельный режим, диету, богатую витаминами, дополнительно препараты витаминов и лечение десенсибилизирующими средствами: салициловые препараты — салициловый натрий, аспирин; пиразолоновые препараты — пирамидон, бутадион; гормональные препараты — АКТГ, кортизон, преднизон. Салициловый натрий дают из расчета 0,5 г, аспирин 0,2 г, бутадион 0,025 г, пирамидон 0,15—0,2 г на год жизни ребенка в сутки. Общее количество пирамидона не должно превышать 2 г в сутки. АКТГ назначают в дозе 40—60 единиц в сутки, кортизон в дозе 100 мг в сутки, преднизон, преднизолон в дозе 20 мг в сутки. Такая дозировка применяется в течение первых двух недель острой атаки ревматизма, затем дозу уменьшают сначала на одну треть, затем на половину и к концу лечения дают четвертую часть первоначальной дозы. Лечение проводят в течение $1^{1}/_{2}$—2 месяцев в больничных условиях.

По показаниям назначают сердечные средства (кордиамин, кофеин, коразол и др.).

По мере того как улучшается общее состояние больного, постельный режим постепенно отменяют.

При более тяжелом течении, повторных атаках, расстройстве кровообращения наряду с десенсибилизирующим лечением на фоне строгого постельного режима, проводят разгрузочные дни и назначают лантозид, горицвет, препараты наперстянки, коргликон и др., при показаниях также диуретические средства (эуфиллин, меркузал) (см. *Внутренние болезни, Сердечно-сосудистая недостаточность*).

В течение приступа проводят санацию полости рта, дегельминтизацию, при хроническом тонзиллите с частыми обострениями — лечение антибиотиками, полоскание зева, облучение кварцем. В межприступном периоде необходимо проведение общеукрепляющего лечения, желательно санаторное лечение. Оперативное удаление миндалин и аденоидов.

Профилактика. Проведение общих профилактических мероприятий, направленных на закаливание организма ребенка и повышение его сопротивляемости, лечение хронических катаров носа, зева и носоглотки. Систематическое наблюдение и проверка состояния здоровья. Ограничение физических нагрузок в послеприступном периоде и при наличии выраженных пороков сердца.

СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ (SEPSIS NEONATORUM). Общее заражение гноеродными и другими бактериями.

Симптомы и течение. Падение в весе, бледно-серая или желтушная окраска кожи, понижение аппетита (отказ от груди), рвота, понос, глухость тонов сердца, токсикоз, часто повышенная температура, увеличение печени и селезенки. Изредка мелкоточечные кровоизлияния на коже, беспокойство или вялость. Возможно образование гнойных очагов в легких, почках, мозговых оболочках и т. д. (септикопиемия). Заболевание тяжелое и нередко протекает с осложнениями: отит, пневмония, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, желтуха. Исход зависит от своевременно предпринятого правильного лечения, правильного вскармливания и ухода.

Лечение. При первых местных признаках одновременное лечение антибиотиками и сульфаниламидными препаратами; организация наилучшего ухода и грудного вскармливания. Одновременно внутривенно вводят плазму в количестве 20—40 мл. Инъекции плазмы повторяют в зависимости от показаний. Необходима госпитализация с первых дней заболеваемости.

Профилактика. Строгая асептика и антисептика в родильной палате и при уходе за новорожденным. Своевременное лечение беременных при наличии у них воспалительных гнойных процессов. Изоляция больных матерей и детей. Работа врачей, акушерок и медицинских сестер в масках.

СПАЗМОФИЛИЯ (SPASMOPHILIA). Детская тетания — повышенная возбудимость нервной системы. По своим причинам связана с рахитом (см.). Наблюдается главным образом в зимне-весенние месяцы у детей раннего возраста, больных рахитом.

Симптомы и течение. Спазмофилия явная — спазмы мышц голосовой щели — ларингоспазмы различной тяжести; от затрудненного вдоха до остановки дыхания, сопровождающейся цианозом, холодным потом. Спазмы мышц конечностей, главным образом кистей и стоп. При тяжелой форме общие судороги с потерей сознания, высокой температурой, пеной изо рта, холодным потом. Спазмофилия скрытая встречается чаще. Выявляется в виде общих судорог при высокой температуре в течение различных заболеваний. Исход благоприятный.

Распознавание производится на основании анамнеза и типичной клинической картины. Для исключения судорог при органических заболеваниях центральной нервной системы необходимо детальное неврологическое обследование. Для исключения эпилепсии требуется иногда длительное наблюдение.

Лечение и профилактика см. *Рахит, Профилактика и лечение*. Начинать с кратковременного лишения пищи (8—12 часов), давать

обильное питье, на несколько дней ограничить или исключить из рациона коровье молоко. Пища должна содержать большое количество углеводов, овощных соков. Создать вокруг ребенка спокойную обстановку, стремиться удлинить физиологический сон. Препараты кальция (10% раствор хлористого кальция с сахарным сиропом по 1 чайной или десертной ложке 4—5 раз в день после еды), рыбий жир, витамин D после прекращения судорог.

Во время приступа ларингоспазма — обеспечить широкий доступ холодного свежего воздуха, делать искусственное дыхание. Против судорог применять хлоралгидрат в клизмах (по 0,2—0,3 г на клизму для детей до 6 месяцев и по 0,3—0,5 г для детей старше 6 месяцев), люминал; внутримышечно Sol. Magnesii sulfurici 25% по 0,2 мл на 1 кг веса тела. По показаниям — люмбальная пункция.

Rp. Chlorali hydrati 0,5—1,0
Decocti Amyli tritici 60,0
MDS. На 2 клизмы

Rp. Luminali 0,01—0,03
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Инфекционное заболевание, вызываемое одноклеточными паразитами — токсоплазмами. Заражение происходит от домашних и диких животных путем контакта или при употреблении загрязненной токсоплазмами пищи. Различают приобретенный и врожденный токсоплазмоз. При последнем токсоплазмы переходят через плаценту из крови матери в кровь плода. В результате заражения наблюдаются мертворождения или рождение детей с тяжелыми поражениями центральной нервной системы (гидроцефалия, микроцефалия), нередко в сочетании с разнообразными уродствами и различными пороками развития сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

У новорожденных могут быть и острые проявления токсоплазмоза в виде менинго-энцефалита. Если дети выживают, у них отмечается отсталость в физическом и умственном развитии, хронические тяжелые энцефалопатии, поражения глаз.

Диагностика. При рентгенографии черепа иногда могут быть обнаружены характерные для токсоплазмоза очаги обызвествления в головном мозгу. Большое диагностическое значение имеют положительные серологические реакции с токсоплазменным антигеном у матерей. При повторных мертворождениях, выкидышах, рождении детей с уродствами можно заподозрить у беременной токсоплазмоз. Наиболее достоверным для диагноза является обнаружение токсоплазм в мазках из органов мертворожденных.

Профилактика и лечение. Очень важна профилактика врожденного токсоплазмоза. У беременных с подозрительным на токсоплазмоз анамнезом применяют хлоридин (дараприм) по 0,025 г 2 раза в день в течение 5 дней в комбинации с сульфодимезином — по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней. Проводят 3 курса с перерывом в 10 дней. После проведенного лечения наблюдается рождение здоровых детей.

Для лечения детей назначают 0,0005 г хлоридина на 1 кг веса ребенка в 2 приема в течение 5 дней в комбинации с сульфодимезином (суточная доза 0,2 г на 1 кг веса). Проводят 2—3 курса с промежутком в 10 дней.

ТУБЕРКУЛЕЗ (TUBERCULOSIS). Ребенок заражается обычно после рождения. Основным источником заражения является мокрота больного туберкулезом. Заражение чаще всего происходит через дыхательные пути, но может произойти и через желудочно-кишечный тракт.

Методы выявления туберкулеза: 1) туберкулиновые пробы Пиркета и Манту; 2) физические методы исследования; 3) рентгенологическое исследование (наиболее совершенный метод для раннего выявления локализации и характера заболевания), для выявления рассеянных форм — рентгенография; 4) бактериологическое исследование мокроты.

Бронхоаденит туберкулезный (bronchoadenitis tuberculosa). Возбудитель в большинстве случаев внедряется в легкие. На месте внедрения образуется туберкулезный очаг, откуда затем инфекция проникает в ближайшие бронхиальные лимфатические узлы.

Различают туморозный и инфильтративный бронхоаденит.

Бронхоаденит туморозный. Часто наблюдается у маленьких детей.

Симптомы. Сдавление трахеи увеличенными узлами, коклюшеподобный кашель со звонким металлическим оттенком, шумное, затрудненное дыхание, повышение температуры, беспокойство, вялость, раздражительность, плохой сон и аппетит, плохое нарастание в весе. Течение часто осложняется милиарным туберкулезом и туберкулезным менингитом.

Бронхоаденит инфильтративный. Обычно встречается у детей старшего возраста.

Симптомы и течение. Температура вначале часто высокая, затем снижается и может долго оставаться субфебрильной. Общее состояние нарушается: плохой аппетит, раздражительность, вялость, часто плохой сон, снижение в весе. Течение чаще благоприятное; процесс подвергается обратному развитию, в узлах развивается соединительная ткань и откладывается известь. Возможны обострения, в результате чего иногда возникает милиарный туберкулез и туберкулезный менингит.

Лечение. Гигиено-диетическое, санаторное. В период обострения — лечение ПАСК, стрептомицином, фтивазидом (или метазидом). Стрептомицин и фтивазид должны всегда даваться комбинированно: стрептомицин в сочетании с фтивазидом, фтивазид с ПАСК, стрептомицин тоже с ПАСК.

Интоксикация хроническая туберкулезная или туберкулез без ясной локализации. Чаще всего наблюдается у детей дошкольного и среднего школьного возраста. Интоксикация может распространяться из любых лимфатических узлов, пораженных туберкулезом, но чаще из бронхиальных узлов. Туберкулез бронхиальных желез часто трудно распознать.

Симптомы и течение. Отсталость в физическом развитии, небольшое периодическое повышение температуры, сильная утомляемость, головные боли, плохой аппетит, бледность. Шейные лимфатические узлы плотны и увеличены. Течение при раннем распознавании благоприятное.

Лечение. Освобождение от занятий (полное или частичное), санаторное лечение или проведение санаторного режима дома. При длительной субфебрильной температуре комбинированное применение фтивазида с ПАСК.

Туберкулез легких (tuberculosis pulmonum). Наиболее частая форма — инфильтрат, развивающийся вокруг туберкулезного очага, чаще всего вокруг места внедрения туберкулезной палочки (первичного очага) — первичный инфильтрат, или первичная пневмония.

Симптомы и течение. Начало обычно острое: высокая температура, кашель, плохой аппетит и сон, раздражительность, вялость. При перкуссии — притупление легочного звука. Острый период длится 2—3 недели. Температура снижается, но еще долго может наблюдаться небольшое повышение. Общее состояние быстро улучшается: инфильтрат медленно рассасывается. При неблагоприятном течении образуются каверны (чаще у детей раннего возраста и подростков), нередко также развивается милиарный туберкулез легких и туберкулезный менингит.

Лечение. В остром периоде необходима госпитализация; постельный режим, полноценное питание, большое количество витаминов, пребывание на свежем воздухе, антибиотики; фтивазид (или метазид) в комбинации с ПАСК. При развитии милиарного туберкулеза, туберкулезного менингита — фтивазид в комбинации со стрептомицином и ПАСК. Чем

раньше начато лечение, тем лучше результаты. При образовании каверн у детей после 11—13 лет, кроме антибиотиков, показано применение хирургического метода лечения (искусственный пневмоторакс, алкоголизация диафрагмального нерва и пр.).

Схема медикаментозного лечения. Лечение должно проводиться без перерывов и изменения дозировки в течение 3—6 месяцев или дольше в зависимости от тяжести заболевания. Дозировка препаратов следующая. Метазид 0,02 г на 1 кг веса в сутки (в 2—3 приема).

Фтивазид

До 3 лет	разовая доза 0,1 г	суточная 0,3—0,4 г
3—7 »	» » 0,2 »	» 0,6 »
8—12 »	» » 0,3 »	» 0,9 »

ПАСК

До 3 лет	разовая доза 0,5—0,6 г	суточная 1,5—2 г
3—7 »	» » 0,5—0,75 »	» 2—3 »
8—12 »	» » 1—2 »	» 4—8 »

Стрептомицин

До 3 лет	разовая и суточная доза[1]	0,1—0,25 г
3—7 »	» » » »	0,25—0,3 »
8—12 »	» » » »	0,3—0,5 »

Гигиено-диететический, санаторный режим: 1) широкое пользование свежим воздухом и солнцем; 2) рациональное питание; 3) водные процедуры в виде ежедневного душа по утрам; слабым и лихорадящим больным назначают обтирание теплой водой; 4) чередование покоя с дозированной физической нагрузкой.

Пища должна содержать (по общему количеству калорий) 15% белков, 30—35% жиров, углеводы, большое количество витаминов и достаточное количество минеральных солей; поэтому в пищевой рацион должно входить сливочное масло, яйца, мясо, сырые и вареные овощи, ягоды и фрукты. Рыбий жир необходимо давать в любом возрасте 1—2 раза в день по чайной, десертной и столовой ложке.

Профилактика: 1. Противотуберкулезная вакцинация БЦЖ. Осуществляется через рот в 3 приема, в родильном доме на 3-й, 5-й, 7-й день после рождения. Если ребенок не получил вакцины в родильном доме, можно ее дать позже на дому. У более старших детей и подростков вакцинацию проводят накожно, путем скарификации. Прививку БЦЖ следует повторять в яслях, детских садах, школах и ремесленных училищах. После прививки, особенно первые 6—8 недель, ребенка нужно оберегать от контакта с больным туберкулезом. 2. Раннее выявление туберкулезного заражения с последующим ранним санитарно-гигиеническим лечением в комбинации с антибиотиками. Лучшим методом раннего выявления является систематическое (каждые 6 месяцев) проведение реакции Пиркета у детей, не реагирующих на туберкулин.

ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И ПИЩЕВАРЕНИЯ см. *Гипотрофия.*

ЭМПИЕМА (EMPYEMA) см. *Плеврит гнойный.*

---

[1] Инъекцию производят раз в день.

ГЛАВА V

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС, ГНОЙНИК (ABSCESSUS). Ограниченное скоплеине гиоя в подкожной клетчатке или других тканях. Причина — развитие в глубине тканей гноеродных бактерий, стафилококков, стрептококков, кишечиой палочки и т. д., проникших через иебольшие повреждеиия и трещииы кожи или слизистой или при переиосе с током лимфы и крови. Вокруг скоплеиия гноя образуется грануляционный вал, ограничивающий гнойиик от здоровых тканей.

Симптомы и течение. Общие лихорадочиые явления: головиые боли, отсутствие аппетита, температура. Абсцесс дает зиачительное колебание температуры, особенно через 5—7 дией после начала процесса, т. е. когда происходит скопление гноя: 37° утром, 38—39° вечером. При поверхностных абсцессах отмечают припухлость, болезиенность на ограниченном участке, местное повышеиие температуры, красноту, иапряжеиие кожи, инфильтрат при пальпации.

При глубоком расположении о скоплении гноя узнают по общим явлениям: высокой температуре (особенно с утреиними падениями и подъемами по вечерам), иногда по размягчению центра инфильтрата. При более поверхностных процессах появляется отек иад абсцессом (образоваиие ямочки при иадавливании пальцем). При скоплении гноя определяется зыбление (флюктуация). Инфекция из гнойника может распростраииться или по лимфатическим сосудам, вызывая лимфаигоит (воспаление лимфатических сосудов), лимфаденит (воспаление лимфатических узлов), или же по кровеносной системе, переходя в общую гнойную инфекцию (сепсис).

Лечение. Обеспечить покой больному и поражеиному оргаиу; тепло в виде согревающих компрессов и припарок или примеиение сухого тепла (грелки, соллюкс и т. д.). Пенициллин внутримышечно от 200 000 до 1 000 000 ЕД в сутки в полость абсцесса после его пункции и отсасывания гноя. Стрептоцид по 1 г четыре раза в деиь. При образоваиии скопления гноя необходимо оперативное вмешательство (разрез) и последующее лечение гнойной раны.

Профилактика. Во избежание развития абсцесса, как и других гнойных процессов, необходимо при каждом, даже самом иезначительном повреждении кожи провести мероприятия, направлениые на предупреждение инфицирования места травмы (смазываиие иастойкой йода, липкопластырная повязка, коллоидиая повязка).

Так как гнойные микробы развиваются лишь в организме животных и человека, необходимо систематическое уничтожеиие (сжигание) всего перевязочного материала, пропитанного гноем, и дезинфекция предметов, им запачканных.

Предупреждением осложнеиий, возможных при гнойных процессах, будет правильное, своевременное их лечение с раниим применением антибиотиков, сульфаниламидов и раннее оперативиое вмешательство.

АБСЦЕСС АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ (ABSCESSUS APPENDICULARIS). Распространение воспалительного процесса за пределы червеобраз-

ного отростка дает при отграничении от свободной брюшной полости аппендикулярный инфильтрат. Возможно обратное развитие процесса — рассасывание или сформирование абсцесса. Локализация аппендикулярного абсцесса — в правой подвздошной области, в малом тазу, позади слепой кишки, под печенью, между кишечными петлями.

Симптомы и течение. Высокая температура, боли, при пальпации живота прощупывается инфильтрат, лейкоцитоз. При тазовом абсцессе — учащение стула, тенезмы, слизь в испражнениях. Абсцесс может вскрыться в свободную брюшную полость, в кишечник, мочевые пути, влагалище. Осложнения — общая гнойная инфекция, перитонит, абсцессы печени, поддиафрагмальный абсцесс *(см.)* и другие гнойные процессы.

Лечение. Строгий постельный режим, пенициллин в дозе от 400 000 до 1 000 000 ЕД в сутки и стрептомицин от 0,5 до 1 г в сутки, сульфаниламидные препараты, лед на живот. Диета: суп, жидкие каши, вареные овощи, компоты. На 7—8-й день для ускорения сформирования абсцесса — грелки, горячие (40°) микроклизмы из ромашки (5 г ромашки на стакан воды) 3—5 раз в день.

Слабительные и наркотики противопоказаны.

Профилактика. Аппендикулярный абсцесс развивается лишь при пропуске срока для оперативного лечения, поэтому надежным его предупреждением будет своевременный диагноз острого аппендицита и раннее оперативное лечение.

АБСЦЕСС МОЗГА (ABSCESSUS CEREBRI). Развивается вследствие распространения гнойной инфекции из имеющихся у больных гнойных очагов (например, кожи головы или лица, среднего уха, лобных и челюстных пазух и т. д.).

Гнойники могут развиваться также в результате перехода нагноения из раны и заноса инфекции в вещество мозга при огнестрельном ранении или при открытых переломах черепа.

Симптомы и течение. Головная боль, головокружение, беспокойное состояние, боли при поколачивании по определенному участку головы. В дальнейшем присоединяется рвота, тошнота, замедленный пульс, часто застойные соски, иногда развивается неврит зрительного нерва. Повышенное давление спинномозговой жидкости с увеличенным содержанием белка и клеточных элементов. Локальные симптомы зависят от места расположения абсцесса. В дальнейшем развивается затемнение сознания. При ограниченном гнойнике он может перейти в хронический и существовать от 1—2 месяцев до нескольких лет.

При огнестрельных ранениях и открытых переломах черепа возможны поздние абсцессы мозга в первые месяцы после повреждения, а иногда и позже.

Распознавание. Наиболее важны очаговые признаки: гнойники в двигательной зоне вызывают судороги, парезы, параличи; гнойники мозжечка сопровождаются головокружением и расстройством походки, в височном отделе — слуховые и зрительные галлюцинации, клинические симптомы часто напоминают опухоль *(см.)*, но все явления протекают более остро.

Лечение. Антибиотики. Трепанация черепа со вскрытием гнойника, отсасывание гноя и введение пенициллина в полость. Уход за больным: строгий постельный режим, горизонтальное положение со слегка приподнятой головой, лед на голову и постоянное наблюдение. При беспокойстве — наркотики (морфин).

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ (ABSCESSUS HEPATIS). Наиболее часто является результатом осложнения гнойного аппендицита, воспалительных заболеваний желчных путей и заболевания других органов брюшной полости, а также септических и инфекционных заболеваний. Гнойники печени могут вскрываться в свободную брюшную полость, под диафрагму, в полость плевры, легкое и даже сердечную сорочку.

Симптомы и течение. Плохое самочувствие, похудание, желтушность склер и серовато-желтый цвет лица. Лихорадка с ознобом. Чвсто лейкоцитоз (от 10 000 и выше). Жалобы на чувство иапряжения и боли в области печенн с отдачей в плечо. Печень болезненна и увеличена; диафрагма стоит высоко и иногда куполообразно выпячивается. При глубоком расположении гнойника местные симптомы могут отсутствовать. Распознаванию помогает рентгеиологическое исследование. Предсказание при абсцессах печени серьезное.

Лечение. Оперативное. При абсцессах амебиого пронсхождения — лечение инъекциями аметина — 2% 1,0.

Профилактика. Своевременное и правильное, в том числе и хирургнческое, лечение заболеваний брюшиой полости (аппендицит, холецистит) и лечеиие амебной дизеитерии предупреждает развитие абсцесса печени.

АБСЦЕСС ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ (ABSCESSUS SUBDIAPHRAGMATICUS). Наблюдается как осложнеиие после воспалительных заболеваний внутренних органов (червеобразного отростка, печени и т. п.), а также при их повреждениях. Инфекция проникает по лимфатическим и кровеносным путям или непосредственно в поддиафрагмальное пространство (например, при прободениях и ранениях).

Симптомы и течение. Абсцесс при возникновении может сопровождаться острыми явлеииями или образование его идет с мало заметными симптомами. Температура повышается и принимает ремиттирующий характер. Субъективные жалобы нехарактерны; некоторые больные жалуются на боли и чувство давления в верхией части живота с отдачей в спину, на тошноту, рвоту, вздутие кишечника, а при высоком положеиии абсцесса — на боль в груди, болезненность по ходу межреберных нервов и одышку. При рентгеноскопии в полости плевры может определяться жидкость. При переходе инфекции на плевру возникает гиойный плеврит.

Распознавание. Резкие колебания температуры, лейкоцитоз (10 000—12 000), особенно после тяжелого аппендицита, холецистита, перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Обращает иа себя внимание отставание при дыхании пораженной стороны и сглажнвание межреберных промежутков; давление на нижние ребра и межреберные промежутки болезненно. Необходимо рентгенологическое исследование.

Лечение. Вскрытие абсцесса. Пенициллин 1 000 000 ЕД в сутки, до и после операции, а иногда в сочетании с другими антибиотиками — ситомицином 0,5—1 г в сутки, биомицином от 150 000 до 500 000 ЕД.

Профилактика. Своевременное хирургическое лечение заболеваний брюшной полости является надежным предупреждеиием развития поддиафрагмального гнойника.

АКТИНОМИКОЗ (ACTINOMYCOSIS). Вызывается лучистым грибком. Под микроскопом определяются грибковые друзы с булавовидными утолщениями, располагающимися в виде лучей. Грибок обнаружен на злаках, на остях колосьев (даже высушенных), особенно ячменных. В организме человека грибок может проникнуть при вдыхании его во время работы — при молотьбе, сушке, приемке и обработке зерна, при еде зерен из сырых колосьев. Внедрение грибка происходит через полость рта и глотки (до 50% случаев), через легкие, кишечник и кожу.

Симптомы и течение. Воспаление в виде деревяиистого, синюшного инфильтрата, в котором в дальнейшем появляются очаги размягчения и образуются иебольшие полости с распадом (гной) и свищевые ходы. В отдельных органах процесс дает своеобразную картину: например, в легких — гиойный бронхит, бронхопневмония, каверны, в слепой кишке — узлы и язвы, напоминающие туберкулез или рак.

Гнойные выделения из свищей необильны. Окраска кожи над инфильтратом при его поверхностном расположении и вокруг свища синевато-багрового цвета. В выделяющемся гною иногда могут быть замечены

беловатые мелкие зернышки. Наиболее типично актиномикотическое поражение на покровах лица и шеи, в легких и кишечнике.

Лечение. Наилучший метод лечения — применение актинолизатов, пенициллина и переливание крови. Внутрь — йодистый калий в больших дозах; постепенно увеличивая дозу, ее доводят до 2—6 г pro die, если не наступят явления йодизма. Одновременно применяют оперативное вскрытие свищей и выскабливание очагов с последующим лечением повязками с люголевским раствором. Там, где это возможно, производят иссечение инфильтрата и даже больного органа, например слепой кишки, рентгенотерапию в сочетании с большими дозами пенициллина, фтивазид.

АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ см. *Газовая гангрена.*

АНГИОМА (ANGIOMA). Опухоль развивается из сосудов. Различают опухоли из лимфатических сосудов (лимфангиомы) и из кровеносных сосудов (гемангиомы). Гемангиомы делятся на простые, пещеристые и ветвистые. Ангиомы имеют наклонность к прогрессивному росту, возможен быстрый рост (особенно у детей).

Симптомы и течение. Лимфангиома — безболезненная, мягкая, исчезающая при надавливании припухлость, мало отграниченная. Чаще встречается в области губ, языка, шеи и жевательных мышц. Гемангиомы простые имеют вид пятен на коже сине-красного цвета. Пещеристые ангиомы встречаются чаще в области лица, печени, могут встречаться и в костях, особенно лицевом скелете (височная кость, нижняя челюсть и т. д.). Состоят из полостей, наполненных кровью, просвечивают через кожу, могут изъязвляться и давать кровотечение. Ветвистые артериальные ангиомы пульсируют.

Лечение. У детей начинают лечение возможно раньше, не дожидаясь роста и изъязвления. Применяют введение склерозирующих веществ, рентгенотерапию, замораживание снегом угольной кислоты, электрокоагуляцию. Чаще прибегают к оперативному лечению — иссечение гемангиомы или лимфангиомы.

АНЕВРИЗМА (РАСШИРЕНИЕ АРТЕРИИ) (ANEURYSMA). Патологически измененная стенка сосуда, растягиваясь, образует выпячивание (истинная аневризма). При ранении артерии кровь изливается в окружающие ткани и частично свертывается, причем из этих свертков и окружающих тканей образуется стенка мешка, соединенного с сосудом и содержащего жидкую кровь (травматическая, или ложная, аневризма). Различают еще артерио-венозные аневризмы, при которых имеется сообщение вены с артерией.

Симптомы и течение. Припухлость круглой или овальной формы, соответствующая положению артерии, дающая пульсацию и шум при выслушивании. При сдавлении артерии центральнее аневризм пульсация исчезает, а опухоль уменьшается. По мере роста аневризма сдавливает вены, вызывая затруднение кровообращения, синюшность и отеки.

При сдавлении нервов развиваются трофические изменения в тканях и расстройство чувствительности. Вследствие истончения соседних тканей возможен разрыв аневризмы со смертельным кровотечением.

Лечение травматической аневризмы оперативное. В качестве предварительной меры для подготовки больного к операции можно применить сдавление приводящего ствола артерии ежедневно в течение 1—2 часов: прижатие производится выше аневризмы в тех местах, где сосуд расположен более поверхностно, а в глубине может быть прижат к кости.

АНЕСТЕЗИЯ МЕСТНАЯ. Для инфильтрационной анестезии применяют 0,5% раствор новокаина. Некоторые хирурги добавляют адреналин по 1—2 капли на 10 мл раствора, всего не более 12 капель; применяют также мезатон в виде 1% раствора в количестве 0,3—0,5 мл на 10 мл.

Для местной инфильтрационной анестезии по методу ползучего инфильтрата Вишневского применяют 0,25% раствор новокаина.

Раствор употребляют в подогретом виде. Может быть введено 500 мл и более.

Для регионарной анестезии (периневральной) применяют 1—2% раствор новокаина в количестве 20—40 мл.

Для анестезии слизистых путем смазывания пользуются 5% раствором кокаина или 1% раствором дикаина.

Дикаин обладает в 10 раз более сильным действием, чем кокаин, но токсичнее последнего, не разлагается под влиянием кипячения и может долго сохраняться в растворе. Применять ввиду токсичности следует с осторожностью.

АНЕСТЕЗИЯ СПИННОМОЗГОВАЯ. Для проведения такого обезболивания пользуются средней толщины иглой длиной 10—12 см с круто заточенным острием и раствором анестезирующего вещества. Чаще всего применяют 2 мл 5% раствора новокаина или 0,6—0,8 мл 1% раствора совкаина.

Профилактика осложнений. Правильное приготовление растворов и их стерилизация, изолированное от других медикаментов хранение и применение в осторожной дозировке.

Спинномозговое обезболивание не может считаться вполне безопасным, так как в связи с ним иногда наблюдается остановка дыхания, падение кровяного давления и падение сердечной деятельности. Проведение этой анестезии возможно при нормальном артериальном давлении и требует применения соответствующих мероприятий: впрыскивание растворов лобелина, эфедрина, кофеина, камфары, внутривенные вливания физиологического раствора, глюкозы и переливание крови. Падение сердечной деятельности проявляется обычно резким побледнением больного, появлением тошноты, рвоты.

АНКИЛОЗ, НЕПОДВИЖНОСТЬ В СУСТАВЕ (ANKYLOSIS). Может наступить в результате костного сращения суставных концов. Иногда движению в суставе препятствуют фиброзные спайки. Развивается после травмы (кровоизлияние в сустав, изменения суставных поверхностей) или воспалительного процесса (гнойное и гонорейное воспаление, туберкулез сустава). При воспалительных процессах сумка сморщивается до полного исчезновения суставной щели.

Симптомы и течение. Неподвижность в суставе, функциональные расстройства (хромота, ограничение движений конечности), боли при нагрузке и движениях.

Лечение. При фиброзных анкилозах — физио-механотерапия, при костных — артропластика (образование искусственного сустава) для восстановления движений в суставе, остеотомия (иссечение части кости) для исправления неправильного положения конечности.

Профилактика. Правильное лечение переломов и воспалений суставов: физиологическое положение, ранние движения, массаж, лечебная физкультура, механотерапия, трудотерапия; избегать наложения гипсовых повязок на длительные сроки.

АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ. Для предохранения от разложения гноя в повязке, в особенности для предупреждения развития в ней личинок мух, применяют материал, пропитанный раствором сулемы и карболовой кислоты. При оставлении тампонов на значительный срок применяют мазь Вишневского или йодоформную марлю, если сильно разлагается гной (операция в области челюстей, прямой кишки, полости носа). Стерильные тампоны погружают в раствор следующего состава: йодоформ 20,0, эфир сернокислый 150,0, спирт ректификат 450,0.

Из указанного раствора с соблюдением правил асептики тампоны переносят в пустые стерильные банки, в которых они и сохраняются до употребления.

АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. Азотнокислое серебро (Argentum nitricum). В твердом виде или в 10% растворе применяют для прижиганий.

В растворах 1 : 1000 и 1 : 500 применяют для промывания полостей, в особенности мочевого пузыря.

Анилиновые краски (бриллиантовая и малахитовая зелень, метилвиолет). Применяют в 1% спиртовых и водных растворах, преимущественно для обработки небольших ран и дезинфекции кожи перед операцией.

Йодная настойка (T-ra Jodi). 5—10% спиртовой раствор йода. Применяют для дезинфекции и дубления кожи кончиков пальцев рук после их мытья и для подготовки к операции кожи больного в области операционного поля. Не применяют для дезинфекции металлических инструментов, так как они от действия йода портятся. При смазывании кожи могут быть ожоги и последующее ее шелушение и даже пузыри (во избежание ожогов излишки йода снимают, протирая кожу спиртом).

Карболовая кислота (Acidum carbolicum). В очищенном виде применяется как прижигающее для смазываний слизистых оболочек при операциях на кишечнике, желчных ходах (смазывание слизистой культи пузырного протока).

Как дезинфицирующее средство применяют в 2—3—5% растворах почти исключительно для дезинфекции инструментов, которые при ее применении не портятся, кроме бужей и катетеров, покрытых лаком (полумягких). Растворяется в теплой воде.

Лизол (Lysolum). Применяют для дезинфекции режущих инструментов в 10% растворе, для мытья рук, перчаток и хирургического инструментария в 2% и для промывания полостей в 0,5% растворе.

Марганцовокислый калий (Kalium hypermanganicum). Применяют при ожогах в 5% растворе и для промывания ран и полостей в 0,1—0,5% растворе, особенно при гнилостных процессах (зловонные язвы и полости). Может быть применен в растворе 0,5—1 : 1000 в подогретом виде для постоянного орошения при гнойных ранах.

Перекись водорода (Hydrogenium hyperoxydatum). Применяют для промывания ран, отмачивания повязок и остановки капиллярного кровотечения в 2—3% свежем растворе.

Риванол (Rivanolum). Употребляют в растворе 0,5 : 1000 (золотисто-желтая жидкость) для промывания ран и смачивания тампонов.

Сулема (Hydrargyrum bichloratum corrosivum). Применяют в растворе 1 : 1000, подкрашенном в розовый или синий цвет, для мытья рук, главным образом для обмывания перчаток и других резиновых предметов, а также предметов, покрытых лаком (мочеточниковые катетеры, бужи, полумягкие катетеры). Для промывания ран и полостей сулему не применяют ввиду ее ядовитых свойств. В присутствии гноя и других содержащих белок жидкостей дает нерастворимые соединения — альбуминаты, которые не обладают дезинфицирующим действием, но могут всосаться и вызвать отравление. Инструменты от соприкосновения с растворами сулемы портятся.

Хлорамин (Chloraminum). Применяют в 0,5—1% растворе для промывания полостей, смачивания тампонов, вводимых в рану.

Хлорацид (Chloracidum). Применяют для дезинфекции инструментов и перчаток в 2% растворе.

Профилактика. Профилактика отравлений, связанных с применением антисептиков, состоит в правильном их хранении, в особенности сулемы, — в специальных сосудах, подкрашенном виде и отдельно от других медикаментов. Не следует пользоваться растворами антисептиков повышенной концентрации. Перед употреблением растворов следует удостовериться, что раствор имеет нужную концентрацию.

АНУРИЯ (ANURIA). Полное прекращение выделения мочи. Наблюдается в результате острых и хронических заболеваний почек, а также вследствие препятствий в мочевыводящих путях (камни лоханки, мочеточников). Острая анурия наблюдается также при повреждениях почки, после операции на почке и мочевыводящих путях (рефлекторная анурия). В результате отсутствия выделения мочи у больного наступает состояние

уремии (*см.*). При анурии мочевой пузырь мочи не содержит, что определяется катетеризацией.

Лечение. Лечение направлено на борьбу с основным заболеванием. При анурии в результате препятствий к выделению мочя (камня почек, мочеточников) может потребоваться хирургическое вмешательство.

АППЕНДИЦИТ (APPENDICITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ. Вызывается инфекцией, которая внедряется в стенку червеобразного отростка через кишечник, по кровеносным и лимфатическим путям.

Для развития заболевания большое значение имеют нейротрофические изменения, возникающие рефлекторно путем нарушения кровообращения вследствие спазма сосудов. Нельзя исключить и значение нарушений пищевого режима, вызывающих застой содержимого в слепой кишке и в отростке.

При острых аппендицитах могут развиться аппендикулярные инфильтраты, аппендикулярные абсцессы и гнойные перитониты. Воспалительный процесс, переходя с отростка на брюшину, вызывает перитонит; в полости живота появляется выпот, вначале прозрачный и стерильный, затем переходящий в гнойный, причем наибольшее скопление гноя наблюдается в дугласовом пространстве. В брюшной полости из эксудата выпадает фибрин, склеивающий отросток с кишками, сальником, — образуется инфильтрат; последний может рассосаться или превратиться в гнойник (см. *Абсцесс аппендикулярный*). Гнойники вскрываются в брюшную полость, в прямую кишку, во влагалище, реже наружу.

Симптомы и течение. Приступ острого аппендицита начинается внезапно появлением острой боли в правой подвздошной области. Иногда боль ощущается больным в подложечной области, около пупка, а затем переходит в правую подвздошную область. Температура повышена (38—39°), но может быть и нормальной, пульс соответствует температуре, но может быть учащенным, в зависимости от тяжести состояния больного, сопротивляемости организма и силы инфекции. Иногда наблюдается расхождение между пульсом (частый) и температурой (нормальная или субфебрильная), указывающее на тяжесть процесса. Вначале часто бывает рвота и тошнота. В крови — лейкоцитоз, доходящий до 15 000—20 000, нейтрофилез и сдвиг влево; реакция оседания эритроцитов ускорена.

Важный симптом — мышечное напряжение при надавливании на брюшную стенку; при расположении же отростка позади слепой кишки этот признак отсутствует. На 2-й или 3-й день может быть обнаружен плотный болезненный инфильтрат.

Распознавание. Распознавание аппендицита не всегда легко. Исследование живота нужно производить, последовательно пальпируя живот, начиная с левой (здоровой) подвздошной области. При аппендиците наблюдаются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга и Ситковского. При симптоме Щеткина-Блюмберга больной ощущает острую боль, если медленно надавливать на брюшную стенку и быстро отнимать пальцы; симптом Ровзинга — острая боль в правой подвздошной области при надавливании на нисходящую толстую кишку и продвигании руки в направлении вверх; симптом Ситковского — боль в правой подвздошной впадине усиливается при повертывании больного на левый бок.

Аппендицит следует отличать от острого гастроэнтерита (распространенная боль в животе, мышцы не напряжены, понос); прободной язвы желудка и кишок (боль возникает внезапно в подреберье, как бы от удара кинжалом, сопровождается шоком и напряжением мышц; важен анамнез заболевания); заболеваний почек (почечные камни, мочеточниковые камни); паранефрита (при ретроцекальном расположении отростка). При симптомах местного перитонита следует иметь в виду острое воспаление правых придатков, внематочную беременность (бледность и малый пульс, напряжение мышц слабо выражено), инвагинацию (схваткообразные боли

без напряжения мышц, прощупывается опухоль, кровь и слизь из заднего прохода), пневмококковый перитонит у детей (тяжелое состояние, понос, цианоз, очень высокая температура, многократная рвота) и крупозное воспаление легких (особенно при центрально расположенном фокусе).

Осложнения: образование гнойников, прободения, перитонит, тромбофлебит воротной вены.

Гнойник дугласова пространства: боль над лобком, вздутие живота, высокая температура, высокий лейкоцитоз, учащенный стул, жиление, слизь в кале, зияние заднего прохода; при исследовании через прямую кишку — болезненная опухоль; вскрывается гнойник в прямую кишку, во влагалище, в мочевой пузырь. Тромбофлебит воротной вены встречается редко и в большинстве случаев протекает очень тяжело: повторные ознобы, высокая температура (39—40°), высокий лейкоцитоз, желтуха и увеличение печени.

Лечение. Все больные с острым аппендицитом подлежат немедленной госпитализации для операции. Во время острого приступа необходимо особенно остерегаться назначения слабительного, так как оно способствует распространению процесса, а также употребления наркотиков, затемняющих картину: при их применении можно пропустить важные осложнения (перфорацию, перитонит).

При выжидательном лечении — в первые дни строгая голодная диета; сульфаниламидные препараты, антибиотики.

При образовании инфильтрата — покой, постельный режим, нераздражающая, механически щадящая диета; местно пузырь со льдом до падения температуры, пенициллинотерапия, внутрь салол с белладонной, сульфаниламиды. При продолжительной лихорадке (более 6—7 дней) со значительными вечерними подъемами температуры, говорящей о гнойном процессе, и при отграничении инфильтрата — вскрытие гнойника. См. *Абсцесс аппендикулярный.*

АППЕНДИЦИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (APPENDICITIS CHRONICA). Симптомы и течение. При рецидивирующем аппендиците в анамнезе характерные приступы. При первичном хроническом аппендиците неопределенные боли в правой подвздошной области, тошнота, запоры, диспепсия, болезненность в правой подвздошной области.

Лечение. Лучший метод — операция в холодном периоде. До операции — растительно-молочная диета с ограничением черного хлеба, капусты, картофеля и мяса, при запорах — клизмы, лучше масляные (подсолнечное масло 150—200 г).

АСФИКСИЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ. Под травматической асфиксией подразумевают своеобразную клиническую картину, наблюдающуюся после сильного сдавления грудной клетки между буферами вагонов, при обвалах, ударе тяжелым падающим предметом, внезапном повышении атмосферного давления, например, при взрывах, и т. д. Кожа головы и шеи становится темно-синей, отечной, с мельчайшими точечными кровоизлияниями и кровоподтеками. Точечные кровоизлияния находят в слизистой рта, в глазу. Иногда вследствие инфильтрации клетчатки кровью наблюдается экзофтальм. Эти симптомы являются следствием нарушений периферической сосудистой системы, что вызывает паретическое состояние ее и венозный застой.

При травматической асфиксии скелет грудной клетки повреждается редко.

Без повреждения органов все эти явления проходят через несколько дней.

АСЦИТ см. *Водянки живота.*

АТЕРОМА (ATHEROMA). Истинная ретенционная киста сальной железы кожи. Развивается главным образом на голове, лице и спине.

Симптомы и течение. Атеромы бывают одиночные и множественные. Имеют округлую форму и величину от горошины до размеров куриного яйца, а иногда и больше. Увеличиваются в объеме медленно. После травм и проникновения в них инфекции атеромы воспаляются и нагнаиваются, становясь болезненными.

Лечение. Удаление опухоли вместе с оболочкой. Следует оперировать, не дожидаясь нагноения.

БУРСИТ ОСТРЫЙ (BURSITIS ACUTA). ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ СУМКИ. Симптомы и течение. Общие лихорадочные явления: повышенная температура (37—38°), общая разбитость, потеря аппетита и т. д. Нередко общая реакция протекает бурно с температурой до 39—40°. Местные явления зависят от локализации пораженной сумки. Отмечаются боли, расстройства функций, при более поверхностном процессе — воспалительная окраска кожи. Первоначально процесс носит ограниченный характер. Скопление выпота дает характерную для данной сумки форму. Быстро появляется отек окружающей области. Процесс переходит за пределы сумки и идет по типу распространенной флегмоны, давая затеки. Наличие гноя в замкнутой полости сумки под большим давлением часто вызывает лимфангоит и лимфаденит. Возможен переход гнойного процесса на соседний сустав.

Лечение. Выжидательное лечение (пенициллино- и сульфаниламидотерапия, согревающие компрессы, покой) допускается лишь в первые дни заболевания. Основной метод лечения — ранние разрезы в сочетании с антибиотиками (пенициллин, стрептомицин, биомицин и др.) (ввиду незначительного размера сумки и ее глубины получить флюктуацию часто не удается).

БУРСИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (BURSITIS CHRONICA). ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ СУМКИ. При гонорейной инфекции, маловирулентной инфекции и хронических раздражениях сумки (травмы) развивается хронический серозный, нередко обостряющийся процесс в сумке.

Симптомы и течение. Стенки сумки утолщаются, она растягивается выпотом; выделившийся фибрин организуется в плотные свободные тела (рисовидные тела); такая сумка прощупывается иногда в виде значительного образования, напоминающего кистозную опухоль.

Лечение. Необходимо иссечение всей сумки. Разрез ее дает длительно не заживающий свищ.

Профилактика. Хронические раздражения (травмы) слизистых сумок, например работа на коленях, давление на локтевой отросток, могут быть предупреждены путем изменения положения во время работы или защитой соответствующих костных точек от давления.

ВАРИКОЗНОЕ (УЗЛОВАТОЕ) РАСШИРЕНИЕ ВЕН ГОЛЕНИ (VARICES VENARUM). Предрасполагающие причины: работа, связанная с длительным стоянием на ногах; опухоли в области таза, сдавливающие подвздошные вены и затрудняющие отток крови; слабость мышечных и эластических волокон стенки вены; недостаточность венозных клапанов. Расширение часто неравномерное и имеет вид узлов.

Симптомы и течение. Заболевание может не беспокоить больных, однако часто вызывает чувство тяжести в ногах и быструю утомляемость, а также боли и судороги в икрах. Расширенные вены видны через покровы, особенно при стоянии больного; кожа пигментирована, истончена, возможны отеки. На коже развиваются упорные экземы или изъязвления (см. *Язва голени варикозная*), тромбофлебит, могут быть кровотечения при разрыве истонченной стенки узла.

Распознавание. На основании осмотра больного в стоячем положении. Недостаточность клапанов определяется следующим образом: больной ложится, ногу приподнимает вверх, что вызывает спадение вен; после прижатия пальцами большой подкожной вены у места впадения в бедренную больной встает; при прекращении сдавления вены внезапно наполняются кровью, устремляющейся сверху вниз.

Лечение. При отсутствии осложнений рекомендуется постоянное бинтование с утра эластическими бинтами равномерно с небольшим сдавливанием от стопы до середины бедра, перед бинтованием конечность поднимают вверх на 3—5 минут; на ночь бинт снимают.

В более тяжелых случаях — хирургическое лечение.

Профилактика. Работа не должна быть связана с длительным стоянием и хождением, физкультура и меры по повышению тонуса сосудов (обтирания, души). Для предупреждения осложнений (язвы, кровотечения) ношение эластического бинта или чулка и своевременное, в том числе оперативное, лечение.

ВАРИКОЦЕЛЕ. РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА (VARICOCELE). Симптомы. При осмотре в стоячем положении видны расширенные переполненные кровью вены, просвечивающие иногда через кожу. При прощупывании вдоль семенного канатика ощущаются извитые расширенные вены. В лежачем положении становятся невидимыми (опорожнение вен). Яичко на больной стороне свисает больше. Изредка ощущение тяжести или болей в мошонке. При распознавании необходимо помнить о сообщающейся водянке яичка.

Лечение. Ношение суспензория. Операция (иссечение вен) показана при болях.

ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (HYDROPS VESICAE FELLEAE). Развивается в результате длительно существующей закупорки пузырного протока (например, камнем). Желчь из пузыря всасывается и остается прозрачная тягучая жидкость, растягивающая пузырь. Эта жидкость является секретом слизистых желез пузыря. При наличии инфекции может образоваться эмпиема пузыря.

Симптомы. В правом подреберье прощупывается малоболезненная, гладкая, подвижная в стороны опухоль. Состояние больных удовлетворительное. В анамнезе приступы болей в правом подреберье типа печеночных колик.

Лечение. Оперативное.

ВОДЯНКА ЖИВОТА. АСЦИТ (ASCITIS). Скопление в брюшной полости жидкости невоспалительного характера (транссудат). Развивается в результате застоя в воротной вене, при опухолях органов брюшной полости, циррозах печени и т. п. Наблюдается также при болезнях почек и сердца.

Симптомы. Живот увеличен в объеме; при исследовании живота в отлогих местах — притупление (при небольших количествах жидкости тупость полулунной формы, перемещающаяся при изменении положения тела).

Лечение. Состояние больных облегчают проколами живота и выпусканием жидкости; прокол производится по средней линии между пупком и лобком (необходимо спустить перед проколом мочу) или в боковых частях живота. Лечение основного заболевания.

ВОДЯНКА ЯИЧКА (HYDROCELE). Под водянкой яичка понимают скопление жидкости в полости оболочек яичка (собственной оболочки). Различают две формы — врожденную и приобретенную. Врожденная водянка наблюдается главным образом у детей, развивается при аномалиях заращения влагалищного отростка брюшины. Приобретенная водянка яичка образуется в результате травмы (ушибов), инфекции яичка и придатка. Между оболочками скопляется выпот (экссудат — прозрачная серозная жидкость желтоватого цвета с большим содержанием белка).

Приобретенная водянка яичка может достигать больших размеров, вызывать неудобство при ходьбе, а также иногда затруднение мочеиспускания. Больные жалуются на продолжающееся увеличение мошонки.

Распознавание. Водянка яичка представляет невправимую в брюшную полость опухоль мошонки. При проходящем свете водянка яичка просвечивает. Прощупать яичко отдельно не удается. При постукивании — тупой звук.

Лечение. При врожденных водянках оперировать (иссечение оболочек) не следует раньше 3-летнего возраста.

Лечение водянки у взрослых — оперативное.

ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ см. *Перитонит.*

ВЫВИХ (LUXATIO). Под влиянием патологического процесса или травмы происходит смещение одной или нескольких костей из их нормального положения в суставе, причем суставная поверхность одной кости соскакивает с поверхности другой вследствие разрыва или растяжения сумки.

Патологические вывихи вызываются заболеванием сустава и суставных концов костей (вправление противопоказано).

Различают свежие вывихи (в первые часы после возникновения) и застарелые, при которых сумка сустава успевает сократиться, что делает вправление затруднительным, а иногда и совершенно невозможным.

Симптомы и течение. При травматических вывихах: боль с момента травмы остается интенсивной по крайней мере в первые часы после повреждения; больной оберегает конечность, не дает ее трогать и сам поддерживает ее (особенно при вывихе плеча); неестественное положение конечности в суставе, определенное для каждого вывиха (так, при вывихе плеча вперед больной держит обычно согнутую в локтевом суставе руку с отведенным от туловища локтем; при вывихе в тазобедренном суставе больная нога чаще всего поворачивается носком внутрь).

Распознавание. Отличительный признак — почти полная неподвижность в суставе и фиксирование конечности именно в таком неправильном положении. В области самого сустава при вывихе наблюдается опухоль, увеличивающаяся в последующие дни, и кровоизлияние.

Лечение. По отношению к вывихам каждого отдельного сустава предложены различные способы вправления. Вправление вывиха лучше всего удается в течение первых часов после повреждения, а поэтому следует производить его возможно раньше.

Метод вправления вывиха плеча (по Джанелидзе): после инъекции морфина больного кладут на бок (на больную сторону), рука свисает за конец стола, голову удерживает помощник; после расслабления мышц (через 15 минут) руку сгибают в локте и производят вытяжение вниз за согнутое предплечье, повертывая конечность сначала кнаружи, а затем внутрь.

После вправления — покой, массаж; через несколько дней — движения, лечебная физкультура.

Профилактика. Физическое развитие, которое достигается в наибольшей степени занятиями физкультурой, дающее укрепление мышц и связочного аппарата суставов, наиболее надежно предупреждает вывих. Те же мероприятия, осторожно и систематически применяемые, предупреждают повторение вывиха и превращение его в привычный.

ВЫВИХ БЕДРА ВРОЖДЕННЫЙ (LUXATIO FEMORIS CONGENITA). В результате недостаточного развития вертлужной впадины или головки бедра головка выходит из вертлужной впадины, образуя, таким образом, вывих. Чаще бывают односторонние, реже — двусторонние вывихи.

Симптомы и течение. У новорожденного ребенка клиническая картина не всегда ясна; вывих распознается большей частью тогда, когда ребенок начинает ходить. При одностороннем вывихе конечность укорочена; большой вертел стоит высоко и не так резко выдается; при стоянии ребенок наклоняет туловище в больную сторону; подвижность бедра нормальная, а иногда чрезмерна (в тазобедренном суставе). При двустороннем вывихе живот выпячен вперед, лордоз в поясничной части; больные при ходьбе раскачивают туловище, характерна «утиная походка».

Лечение ортопедическое (некровавое вправление) с наложением этапных гипсовых повязок или оперативное. Цель вмешательства — поставить головку бедра на место.

ВЫВИХ ПРИВЫЧНЫЙ (LUXATIO HABITUALIS). Привычные вывихи, происходящие в одном и том же суставе несколько раз. Вывих

повторяется очень легко, иногда даже при неловком движении конечности. Страдание тяжелое, порой лишающее больного трудоспособности.

Причины: разрыв и растяжение суставной сумки, облегчающие смещение костей в суставе; надрыв мышц; атрофия их и параличи.

Симптомы. Легко происходящие вывихи (от незначительных причин). Обычные свойственные вывиху признаки с меньшей болезненностью и ограничением движений. Имеет значение анамнез.

Лечение. В момент вывиха — вправление. Производится обычно очень легко, иногда даже самим больным. Для укрепления суставной сумки применяют консервативное лечение (ограничение движений, ванны, массаж), при безуспешности — операция.

Профилактика. Вправление вывихов без травмирования сумки, правильный режим после вправления, осторожные движения для предупреждения повторений. См. *Вывих, профилактика.*

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (PROLAPSUS RECTI). Чаще всего встречается в детском возрасте. Различают выпадение слизистой заднего прохода (prolapsus ani) и выпадение всех слоев прямой кишки (prolapsus recti).

Причины у детей: запор, дизентерия, натуживания при заболеваниях кишечника, фимозах и т. д., которые ведут к расслаблению мышц и связочного аппарата прямой кишки и тазового дна, у взрослых — запор, заболевания кишечника; у женщин — роды и тяжелая работа.

Симптомы и течение. При выпадении слизистой заднего прохода во время испражнения появляется выпячивание слизистой оболочки заднего прохода в виде ярко-красной розетки; по окончании испражнения выпавшая слизистая вправляется самостоятельно обратно. При выпадении всех слоев прямой кишки выпадает часть кишки в виде цилиндра; слизистая выпавшей части кишки вследствие постоянной травмы набухает, подвергается воспалительным изменениям с образованием язвы и эрозий. В первое время выпавшую часть кишки больные вправляют сами (после дефекации), но в дальнейшем вправление становится трудным и даже невозможным. Выпавшая часть кишки может ущемляться.

Лечение. Устранение причин, вызвавших выпадение (устранение запоров, поносов и т. д.). Детям разрешают испражняться только в лежачем положении, устанавливают определенный режим питания. Выпавшую часть кишки вправляют, поставив больного в коленно-локтевое положение. Выпадение прямой кишки у взрослых (у детей редко) требует в некоторых случаях операции.

Профилактика. Правильное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, в особенности колитов и дизентерии, общеукрепляющее лечение ослабленных больных, всестороннее физическое развитие и для лиц физического труда замена ручного поднятия больших тяжестей механическим.

ВЫТЯЖЕНИЕ. Имеет целью установку отломков кости в правильном положении.

Вытяжение силой тяжести. Применяется при наложении неподвижной повязки, например, на позвоночник (корсет) и на область тазобедренного сустава. При вытяжении на более длительный период больного кладут на наклонную кровать с приподнятой верхней частью туловища. Это постоянное вытяжение будет тем сильнее, чем наклоннее кровать. Применяется при туберкулезе позвоночника и переломах его.

Вытяжение с помощью липкого пластыря. Берут длинную полоску пластыря шириной 5—8 см для бедра, 4—5 см для голени, 3—4 см для предплечья и ведут ее вдоль по оси больного члена, а затем перегибают в виде свободной петли через область сустава и так же укладывают с другой стороны. Вставляют в петлю пластыря дощечку, к которой прикрепляют веревку. Последнюю перекидывают через систему блоков и к ней привязывают груз. Надо следить, чтобы блок находился на уровне центра

распорки, а веревка составляла одну прямую линию со средней линией пластырной полоски и скользила по середине желобка отвесно стоящего блока. На конец веревки прикрепляют груз.

Вытяжение скелетное. Скелетное вытяжение осуществляется при помощи:

1) клемм, фиксируемых в кортикальной части метафиза;

2) спицы, которая проводится через метафиз.

Скелетное вытяжение накладывают под местной анестезией.

ГАЗОВАЯ ГАНГРЕНА. Газовую инфекцию вызывают главным образом Bac. perfringens, Vibrion septique, Bac. oedematiens, Bac. histolyticus. Она встречается преимущественно после ранений в военных условиях, особенно при осколочных ранениях нижних конечностей, сопровождающихся значительным повреждением мышц; в мирных условиях — при уличных травмах и случайных ранениях, а также после инъекций — лекарственных веществ без достаточного соблюдения асептики.

Развитию газовой инфекции могут способствовать неосторожная эвакуация, наложение жгута и давящих повязок.

Симптомы и течение. Болевые ощущения в области раны, увеличение объема больного органа (отек). Температура 39—40°, пульс 120—130 ударов в минуту. Бледность кожи, иногда бронзовая окраска, отек в окружности раны, наличие газа в подкожной клетчатке (крепитация), сухость раны, серозное и геморрагическое отделяемое с пузырьками газа и изменение вида мышц в ране (вид вареного мяса).

Лечение. Хирургическое неотложное. При поверхностном распространении процесса — срочные множественные широкие разрезы (при процессе на туловище — окаймляющие разрезы в здоровых тканях). При глубоком процессе с расстройствами кровообращения (конечность холодна, пульсации нет) и при быстром прогрессировании или резком ухудшении общего состояния — срочная ампутация выше места поражения. Дополнительное лечение — введение антигангренозной сыворотки в дозах, в 3—5 раз больших, чем профилактические (см. *Профилактика*). Сыворотку вводят внутривенно (процесс введения может сопровождаться шоком), внутримышечно и подкожно. Одновременно капельное введение крови, сульфаниламидные препараты — стрептоцид 5—7 г pro die, норсульфазол 6 г pro die, а также пенициллин по 100 000—200 000 ЕД каждые 3 часа.

Профилактика. Для предупреждения газовой инфекции необходимо возможно более быстрое оказание первой помощи, состоящей из иммобилизации конечности, хирургической обработки раны и применение, по возможности в первые часы после ранения, пенициллина, антигангренозной сыворотки, согласно указаниям на упаковке: antiperfringens — 4 500 АЕ, antioedematiens — 7 500 АЕ, antihistolyticus — 500 АЕ и antivibrion septique — 1 500 АЕ.

ГАНГЛИЙ (GANGLION). Кистозное образование, чаще всего развивающееся из суставной сумки, реже из сухожильного влагалища.

Типичным местом для ганглия является тыльная поверхность лучезапястного сустава, в редких случаях область стопы. Имеет травматическое происхождение. Наблюдается нередко у пианистов, машинисток.

Симптомы и течение. Ганглий представляет шаровидную опухоль размером от горошины до лесного ореха (иногда и больше), подвижную и не спаянную с кожей; опухоль эластична и напряжена.

Лечение. Раздавливание кисты (ее разрыв). Лучше и надежнее оперативное удаление ганглиев.

ГАНГРЕНА (GANGRAENA). Омертвение тканей вследствие нейротрофических, механических, химических и физических факторов, а чаще всего в результате расстройства кровообращения.

Гангрена влажная. Симптомы и течение. Гнилостный распад тканей; последние грязно-зеленого цвета. Боли. Прогрессированне и

распространение гангрены на здоровые ткани. Общая интоксикация, повышенная температура.

Лечение. В начальных стадиях — спиртовые и антисептические высушивающие повязки. При прогрессировании процесса — безотлагательная ампутация в пределах здоровых тканей.

Гангрена самопроизвольная (gangraena spontanea), облитерирующий тромбартериит, тромбангит. Начинается со спазма сосудов конечностей. Затем развивается утолщение их внутренней стенки, что вызывает сужение просвета, образование пристеночных и обтурирующих тромбов сосудов, что нарушает кровообращение и ведет к гангрене конечности.

Этиология. Не совсем ясна. Первичной причиной, по-видимому, является поражение нервной системы; имеют значение нарушения функции желез внутренней секреции (надпочечников) и хронические интоксикации (никотин, алкоголь).

Симптомы. Перемежающаяся хромота (боли при ходьбе, прекращающиеся при остановке); боли в конечности в покое и ночное похолодание пальцев; побледнение или синюшность пальцев, отсутствие пульсации в периферических артериях (a. dorsalis pedis). Вначале небольшой, затем прогрессирующий участок омертвения, начинающийся с пальцев.

Лечение. В начальных стадиях — физиотерапевтическое лечение (диатермия, УВЧ, лечение озокеритом, серные ванны). Повторные вливания в вену гипертонического раствора (1—2%) поваренной соли по 100—250 мл. Введение в околопочечную клетчатку 50—100 мл 0,25% раствора новокаина (по Вишневскому), внутримышечное введение 0,6% раствора витамина B_1 2 раза в сутки по 2 мл. Применяют пахикарпин (0,1 г два-три раза в день), подкожное введение кислорода. Местно — антисептические высыхающие спиртовые повязки и повязки с мазью Вишневского. Применяют также различные способы оперативного лечения вплоть до ампутации.

Профилактика. Предупреждение хронических интоксикаций и, в частности никотиновой интоксикации, длительных охлаждений и отморожений конечностей, раздражение нервной системы, ведущей к спазму сосудов.

Гангрена сухая. Симптомы и течение. Сухое омертвение, или мумификация, чаще встречается на периферической части конечности. Демаркация происходит на границе здоровой части. Боли.

Лечение. До образования демаркации для предохранения от инфекции — спиртовые повязки. Поясничная блокада по Вишневскому 0,25% раствором новокаина — 50 мл. Ампутация в пределах здоровой ткани.

ГЕМАРТРОЗ. Кровоизлияние в сустав. Наступает после повреждения суставных поверхностей или связок, а также при геморрагических диатезах (гемофилия, цинга). Кровь смешана с синовиальной жидкостью.

Симптомы. Резкие боли при движениях и в покое, ограничение и болезненность движений, принужденное положение некоторого сгибания в суставе. Опухоль в области сустава повторяет контуры суставных заворотов, определяется выпот в суставе.

Рассасывание длительное; возможны ограничения подвижности.

Лечение. Давящие повязки на область сустава, пузырь со льдом, шинные повязки, с 3—4-го дня для ускорения рассасывания применяются грелки. Осторожные движения с 10—12-го дня.

В хирургических учреждениях применяется отсасывание крови.

ГЕМАТОМА (HAEMATOMA). ОПУХОЛЕВИДНОЕ СКОПЛЕНИЕ КРОВИ. Травма сосудов при ушибе дает кровоизлияние в ткани и скопление крови в них. При отсутствии инфекции гематома обычно подвергается рассасыванию, но может вызывать появление кисты с кровянистым содержимым (травматическая киста). При инфицировании гематомы развивается нагноение.

Симптомы и течение. Большая припухлость в области травмы, дающая зыбление; при более поверхностной локализации ее — видимое кровоизлияние в подкожной клетчатке (синяк). Обратное развитие медленное. При нагноении — повышение температуры, усиление болей, появление красноты и сформирование гнойника. Исход — рассасывание или образование абсцесса.

Лечение. Сразу после травмы — холод (уменьшает кровоизлияние) со вторых суток после травмы — грелки и компрессы для рассасывания опухоли. При нагноении — операция.

ГЕМАТУРИЯ (HAEMATURIA). Выделение крови с мочой либо в виде примеси, заметной на глаз, либо определяемой только при микроскопическом исследовании мочевого осадка. Может наблюдаться при острозаразных и других болезнях (например, нефрите, цинге, болезни Верльгофа, лейкемии, кровоточивости, туберкулезе и опухолях почек).

Наиболее ярко гематурия проявляется при повреждениях почек и мочевыводящих путей, а также при камнях почек и мочевого пузыря. Выделение длинных сгустков крови может указывать на процесс в почках и мочеточниках.

Лечение. Лечение основного заболевания (консервативное и оперативное). Симптоматически — лед на область почек и мочевого пузыря, покой.

ГЕМОРРОЙ (VARICES HAEMORRHOIDALES). ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ. Причины: слабость сосудистой стенки и застой крови вследствие неблагоприятных условий оттока из вен нижнего отрезка прямой кишки (сидячий образ жизни, запоры). Наблюдается также у лиц, профессия которых требует напряжения брюшного пресса, ведущего к застою в системе нижней полой вены и к расширению вен нижних конечностей, семенного канатика и вен нижнего отрезка прямой кишки; у женщин — при беременности, опухолях и загибах матки. Различают наружный геморрой, когда узлы располагаются под кожей в области сфинктера, и внутренний — в начальной части прямой кишки.

Симптомы и течение. Жалобы на чувство зуда, жжения, жара, боли в заднем проходе. Вследствие разрыва расширенных капилляров слизистой наблюдается кровотечение при испражнении. При осмотре заднего прохода видны набухшие и расширенные вены в виде отдельных узлов. Слизистая оболочка нижнего отдела прямой кишки, покрывающая узлы, воспалена вследствие нарушения питания и травматизации проходящим калом. При закупорке сосудов узлы становятся твердыми, а при воспалении — болезненными; при этом повышается температура, появляется отек вокруг заднего прохода. При инфицировании могут образоваться гнойники; узлы могут ущемляться, давая сильные боли.

Лечение. Изменение образа жизни, перемена профессии, устранение запоров. Прохладные ежедневные обмывания заднего прохода, легкая диета. Укрепление и закаливание организма (спорт улучшает отток крови). Против болей — свечи с белладонной. При отсутствии улучшения — перевязка узлов. Перед операцией больным очищают кишечник (15—30 мл касторового масла, клизма из 10% раствора поваренной соли — 75—100 мл). После операции назначается жидкая пища, опийная настойка по 8—10 капель в течение 5—6 дней. При задержке мочеиспускания в первые дни после операции нужно придать больному полусидячее, сидячее или боковое положение, а на область пузыря — тепло (грелка).

Профилактика. В профилактике геморроя играет роль борьба с застоем крови в тазовых венах при продолжительном сидении (бухгалтера и другие работники), при длительном стоянии и ходьбе (зубные врачи, почтальоны), приливом крови при злоупотреблении вином и т. д.

ГИГРОМА (HYGROMA). Причина — травма, вызвавшая кровоизлияние в слизистую сумку или сухожильное влагалище, а более часто повторная

механическая травма. В суставной сумке появляется серозный выпот, утолщение стенок, ворсинчатые разрастания, свободные фибринозные тельца.

Симптомы. Эластичная, округлая опухоль в типичном месте, безболезненная или мало болезненная, иногда дающая сильные боли при движениях (bursitis calcarea). Основание опухоли плотно связано с глубжележащими тканями, кожа подвижна. Возможны улучшения (исчезновение опухоли) и обострения.

Лечение. Согревающие компрессы, защита от повторных травм. Пункции показаны при остром течении, в прочих случаях — иссечение сумки.

ГИДРАДЕНИТ ПОДМЫШЕЧНЫЙ (HYDRADENITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ. Возбудитель — стафилококки, стрептококки. Развитию воспаления способствуют потливость и расчесы.

Симптомы и течение. Появление в подмышечной области поверхностных инфильтратов, плотных на ощупь, затем размягчающихся и дающих в центре зыбление. При прорыве скопления гноя заболевание может ликвидироваться или перейти на соседние потовые железы и вызвать множественные воспалительные очаги.

Лечение. При образовании инфильтрата хорошие результаты дает пенициллинотерапия, лечение кварцевой лампой (эритемные дозы), предохраняющее от появления новых очагов, лечение пенициллином, вводимым под инфильтрат. Избегать согревающих компрессов. При сформировании отдельных абсцессов и появлении размягчения в центре инфильтрата необходима операция.

Для защиты окружающей гнойник кожи от раздражения и для предупреждения появления новых гнойников повязки с эмульсией стрептоцида (emulsionis streptocidi) или мази.

Профилактика. Соблюдать правила личной гигиены, предупреждать потливость, не применять согревающих компрессов на подмышечную область.

ГИДРОНЕФРОЗ (HYDRONEPHROSIS). ВОДЯНКА ПОЧЕК. Врожденные или приобретенные препятствия к выделению мочи могут вызвать растяжение лоханок, а затем и чашечек. Почечная паренхима атрофируется и растягивается, и почка превращается в мешок, наполненный 3—5—15 л мочи.

Симптомы и течение. Начальные формы проходят незаметно для больных. В дальнейшем появляется чувство тяжести в пояснице или в подреберье, особенно при ходьбе и работе. Иногда отмечаются обострения характера почечных колик с учащением мочеиспускания, уменьшением количества мочи, тошнотой, рвотой; после приступа болей выделяется значительное количество мочи по ночам.

При ощупывании в подреберье эластическая объемистая опухоль, дающая зыбление.

Лечение. В период обострения лежачее положение и наркотики. В спокойный период больные подлежат специальному обследованию для выяснения необходимости и целесообразности оперативного лечения. При инфицированном гидронефрозе (высокая температура, большое количество лейкоцитов в моче) больные подлежат срочной операции.

Профилактика. В предупреждении развития гидронефроза и гибели почечной паренхимы большое значение имеет своевременное распознавание и последующее устранение причин, вызывающих гидронефроз (врожденное сужение устья лоханки, перегибы мочеточника, камни почек и мочеточников, атония мочевой системы и др.).

ГЛОССИТ см. *Языка острое гнойное воспаление.*

ГНОЙНИК см. *Абсцесс.*

ГИПЕРТРОФИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ см. *Предстательной железы гипертрофия.*

ГРЫЖИ. Грыжа бедренная (hernia femoralis). Мешок грыжи с содержимым выходит через бедренный канал кнутри от бедренных сосудов. Встречается преимущественно у женщин; часто бывает невправимой, легко ущемляется.

Симптомы и течение. Опухоль лежит под пупартовой связкой, спускается на бедро. Ущемленную и невправимую бедренную грыжу надо отличать от воспаления паховых лимфатических узлов.

Лечение. Оперативное.

Грыжа белой линии (hernia lineae albae). Нередко встречается у лиц физического труда. Встречается и у детей как следствие недоразвития. Вначале через щель в апоневрозе выходит предбрюшинная жировая клетчатка, затем воронка брюшины, и, наконец, образуется грыжевой мешок, в который чаще всего выпадает сальник.

Симптомы и течение. Округлая плотная опухоль по средней линии живота, иногда исчезающая при надавливании. При диспепсических явлениях необходимо исследование желудочно-кишечного тракта.

Лечение. Хирургическое.

Грыжа паховая (hernia inguinalis). Чаще встречается у мужчин. Различают врожденные и приобретенные грыжи. При незаращении влагалищного отростка брюшины грыжа выходит через паховый канал. Грыжа, выходящая через внутреннее отверстие пахового канала, идет в косом направлении (косая грыжа) и спускается быстро в мошонку (пахово-мошоночная грыжа), а при выхождении кнутри от внутреннего отверстия пахового канала (прямая грыжа) она долго не спускается в мошонку.

К развитию грыжи предрасполагает слабость брюшной стенки, исчезновение жировой клетчатки при похудании, перерождение мышц при ожирении, ослабление брюшной стенки после ее повреждения. Основная причина — повышение внутрибрюшного давления при запорах и затруднениях мочеиспускания, подъеме больших тяжестей, кашле и крике (у ребенка).

Симптомы и течение. Опухоль в паховой области. Палец, введенный в паховый канал, ощущает при натуживании выпячивающийся грыжевой мешок; при покашливании ощущается толчок. Паховые грыжи у мужчин можно смешать с водянкой яичка и воспалением придатка яичка.

Лечение. Оперативное.

Профилактика. Проводить профотбор на работу, связанную с тяжелым физическим трудом (не принимаются больные со слабым развитием мышц, расширением паховых колец).

Укреплять мышцы и апоневрозы систематическими занятиями физкультурой. Установить медицинский контроль при занятиях физкультурой. Заменить ручное поднятие тяжести механическим.

Грыжа послеоперационная (hernia postoperationem) и грыжа травматическая (hernia traumatica). Послеоперационная грыжа образуется при расхождении внутренних швов брюшной стенки, после заживления брюшной раны вторичным натяжением, после введения в брюшную полость тампонов и дренажей.

Симптомы и течение. Выпячивание в области рубца после операции или ранения брюшной стенки на всем его протяжении или на отдельном участке его, исчезающее при лежании и надавливании.

Лечение. Оперативное.

Грыжа пупочная (hernia umbilicalis) встречается у взрослых (преимущественно у женщин) и у детей. Выходит через пупочное кольцо. При значительном увеличении может наступить изъязвление рубца над грыжей. Часто ущемляется. Пупочная грыжа у детей ущемляется крайне редко.

Симптомы и течение. Опухоль обычно небольшого размера. Нередко мешок имеет множественные полости. При покашливании грыжа увеличивается.

Лечение. Грыжи у взрослых подлежат операции, у детей применяется консервативное лечение при помощи полосок липкого пластыря,

накладываемых крестообразно на область пупка после вправления грыжи. Операция производится не ранее трехлетнего возраста.

Грыжа ущемленная (hernia incarcerata). Ущемлению грыжи способствуют: узость грыжевых ворот, неподатливость и плотность их краев, воспалительные изменения в области грыжевого мешка, повышение внутрибрюшного давления при натуживании, сокращение мышц, окружающих грыжевое отверстие, и вздутие кишечника. Через несколько часов после ущемления кишечной петли нарушается ее кровообращение, через стенку происходит пропотевание жидкости в просвет кишки и грыжевой мешок (грыжевая вода); бактерии из просвета кишки проникают в грыжевой мешок, кишечная петля омертвевает.

Симптомы и течение. Грыжа перестает вправляться, появляются боли в области грыжи или в брюшной полости; грыжа становится напряженной, резко болезненной при ощупывании. Задержка стула и газов, вздутие живота, рвота. Проникшая из кишечной петли инфекция вызывает перитонит, реже каловую флегмону грыжевого мешка.

Распознавание. Если грыжа раньше не была диагностирована, то на ущемление грыжи указывает внезапное появление опухоли в типичном для грыжи месте (паховая, бедренная, пупочная и др.), появление болей, задержка стула и рвота.

Лечение. Немедленная операция. До доставления в больницу — возвышенное положение таза с пузырем льда на область грыжи или теплая ванна и введение атропина под кожу. Ручное вправление ввиду его опасности применять не следует.

Профилактика. Наиболее надежное предупреждение ущемления — оперативное лечение грыж.

ДЕФОРМАЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ. **Coxa vara** — изгиб шейки бедра, при котором тупой угол шейки бедра уменьшается и превращается в прямой. Развивается в результате рахита и ненормальной нагрузки в период роста; в результате перенесенных заболеваний головки и шейки бедра (остеомиелита, туберкулеза, деформирующего артрита, травм). При рахите эта деформация двусторонняя.

Симптомы и течение. При осмотре выявляется высокое стояние больших вертелов и выстояние их. При ходьбе больной переваливается, походка неуклюжая. Отведение бедра ограничено. Сгибание в тазобедренном суставе свободно. Повертывание кнаружи нормально или слегка затруднено.

При искривлении с одной стороны после переломов шейки бедра, туберкулеза, остеомиелита наблюдается укорочение ноги.

Genu valgum (искривление колен внутрь — X-образные ноги).

Симптомы и течение. Бедро и голень образуют угол, открытый кнаружи; при сгибании в коленном суставе деформация исчезает. Причина — задержка в росте наружных и разрастание внутренних мыщелков, искривление бедра и голени, неправильно сросшиеся переломы бедра и голени.

Genu varum (искривление колен наружу — O-образные ноги). Встречается у больных рахитом в результате задержки роста внутренних мыщелков. Образуется угол, открытый кнутри.

Лечение. У детей — этапное насильственное исправление формы ноги. У взрослых — надмыщелковая остеотомия (иссечение части кости).

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. Неправильность в развитии кишечника. На тонкой кишке на расстоянии 1,5 м от баугиниевой заслонки образуется выпячивание кишечной стенки в виде отростка различной длины, переходящего иногда в тяж.

Симптомы. Дивертикул Меккеля может открываться свищом в области пупка. Развивается кишечная непроходимость вследствие перетяжки кишечной петли или воспаление дивертикула, напоминающее по картине болезни аппендицит.

Леченне. Удалеиие оперативиым путем.

ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА (DIVERTICULUM OESOPHAGI). Различают выпячиваиие стеики пищевода от действия тяги извие при воспалительиом процессе, чаще при туберкулезе лимфатических желез (тракциоиные), и при повышеиии давления виутри пищевода при слабости мышечиой стеики в каком-либо ее участке (пульсиоииые), а также комбииированные.

Симптомы. Небольшие дивертикулы могут симптомов ие давать; при большнх — развивается расстройство глотаиия (дисфагия), слюиотечеиие, позывы иа рвоту, срыгивание, ощущение давлеиия в области шеи, тухлый запах при кашле, затрудиеиие дыхаиия, боли в груди, исхудаиие. Возможиы перфорации. Распозиается преимуществеиио при рейтгеиоскопии.

Лечеиие. Хорошо размельчеииая пища, запиваемая какой-иибудь жидкостью. Хирургическое вмешательство.

ДИЕТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ. Питье. Во время операции (потеря крови) и вскоре после иее (потеиие после эфириого иаркоза, рвота) оргаиизм больиого теряет зиачительиое количество жидкости. Обезвоживаиие оргаиизма сказывается в мучительиой жажде. После операции под местной аиестезией жажду можио удовлетворить питьем простой или миеральиой воды, теплого или холодиого чая с лимоиом, клюквеиного морса и т. д., если при операции ие затроиут желудок и кишечиик. Если больиой ие пьет, то недостающее количество жидкости (1000—1200 мл в сутки) должио быть введеио путем солевых (по 100 мл физиологического раствора каждые 2—3 часа) или капельиых клизм (500 мл 1—2 раза в деиь), если операция была ие иа иижием отрезке кишечиика. Нередко вводят физиологический раствор под кожу или в вену по 500—600 мл 2 раза в сутки. Полоскаиие рта водой или обтираиие губ и языка влажиой ватой. После иаркоза при отсутствии позывов иа рвоту можио давать пить глотками каждые 15 мииут (за исключеиием больиых после операций иа желудке, пищеводе и полости рта).

Питаиие. После операции питаиие должио быть строго иидивидуализировано, в зависимости от способа обезболиваиия и характера операции. После операции под местиой и спиииомозговой аиестезией питаиие может быть иачато, если это позволяет произведеииое вмешательство, уже в деиь операции. После операции, ие затрагивающей органов брюшиой полости, может быть иазиачеиа легкая диета: бульои, простокваша, кисель, сухари, на 2—3-й деиь больиого переводят иа обычное питаиие — стол № 2 по Певзиеру. После лапаротомии — ограиичеииое питаиие: бульон, суп с сухарями, кисели, печеиые яблоки, жидкая каша, яйцо всмятку — стол № 1. После операции иа желудке и кишках — специальная диета — стол № 1а. В течеиие первых 5 дией дают только жидкую пищу (бульои, разболтаииое с водой сырое яйцо, жидкий кисель); иа 6-й деиь разрешают кашицеобразиую пищу (яйцо всмятку, маииую кашу, пюре из овощей) — стол № 1б. С 8-го дия постепеиио переходят к обычной диете. После операции иа желудке по поводу язвы питаиие ие должио возбуждать рвоту и раздражать пищеварительиые железы; стол № 0 и затем № 1б; противопоказаиы бульои, мясо, острые блюда; следует давать молоко, белки, масло. После операции иа толстых кишках — кушаиия, которые почти целиком всасываются, не давая каловых остатков — стол № 0. За 1—2 дия до операции — чай, молоко, кофе, бульои, кисель, жидкая каша, сухари; за 2 дия до операции — слабительиое (касторовое масло); иакануие операции — клизма и настойка опия (по 7—10 капель 3 раза в сутки) до 6-го дня после операции; после операции до 6-го дия — пища жидкая, кашицеобразиая (пюре, кисель, желе) — стол № 0; иа 4—5-й деиь — слабительиое, легкая диета, стол № 4 — легкое слабительиое дают в дальиейшем ежедиевно.

ЗАВОРОТ КИШОК (VOLVULUS INTESTINORUM) см. *Непроходимость кишечника.* Образуется при повороте вокруг своей оси участка кишечника вместе с брыжейкой. Предрасполагающие моменты: длииная бры-

жейка, рубцы в корне брыжейки, обильное введение грубой пищи в пустой кишечник.

Симптомы и течение. Внезапные сильные боли в животе, рвота, вздутие и асимметрия живота, отсутствие стула и отхождения газов. Быстро развивается тяжелое состояние: осунувшиеся черты лица, частый малый пульс, цианоз, похолодание конечностей, рвота с каловым запахом. При отсутствии быстрой хирургической помощи больные погибают от интоксикации или перитонита.

Лечение. Не применять слабительных и наркотиков; разрешается сифонная клизма. Срочно доставить в больницу для операции.

ЗАДЕРЖКА МОЧИ см. *Мочеиспускания расстройства.*

ЗАДЕРЖАНИЕ ЯИЧКА (RETENTIO TESTICULI). До 6—7-го месяца внутриутробной жизни яичко находится в животе плода у нижнего полюса почки. Постепенно оно опускается в мошонку, проходя через паховый канал. Опускание яичка в некоторых случаях останавливается, и яичко может задержаться в животе, в паховом канале или у наружного его отверстия.

Симптомы. Боли при ходьбе, подъеме тяжестей, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, что иногда приводит к ошибочной постановке диагноза ущемленной грыжи. Задержание и эктопия яичка бывают односторонними (монорхизм) и двусторонними.

Лечение. Задержавшееся в паховом канале или у его наружного конца яичко может быть низведено в мошонку с помощью операции. В детском возрасте прибегать к операции не следует раньше 10—12-летнего возраста (к этому времени надежды на самопроизвольное запоздалое спускание нет).

ЗАКУПОРКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА. Сдавления протока вызывают опухоли поджелудочной железы или общего желчного протока, закупорка его камнем, аскаридой, а также рубцовое стягивание, воспалительное набухание, давление инфильтрата. Застой желчи дает расширение ходов, увеличение печени, дегенерацию ее клеток. Функции печени резко нарушены.

Симптомы. Жалобы на слабость, кожный зуд; интенсивная желтуха, замедление пульса, обесцвеченный стул. В крови реакция на билирубин прямая, количество его более 0,5 мг%. В моче желчные пигменты.

Лечение. Оперативное.

Профилактика. Лечение аскаридоза, холецистита и, в частности, более раннее оперативное лечение при холелитиазе.

ЗАУШНИЦА см. *Паротит.*

ИНВАГИНАЦИЯ (INVAGINATIO INTESTINORUM). ВНЕДРЕНИЕ КИШОК. Инвагинация — одна из форм острой непроходимости кишечника. Образуется вследствие внедрения чаще вышележащей кишки в нижележащую. Наиболее частые случаи (90%) внедрение тонкой кишки в толстую, реже — толстой в толстую и тонкой в тонкую. Причины инвагинации: нарушение перистальтики с длительным спазмом на ограниченном участке круговой мускулатуры кишки, колит, внутрикишечная опухоль. Инвагинация встречается чаще в раннем детском возрасте (до 1 года и реже до 3 лет); начинается она внезапно, среди полного здоровья ребенка периодически наступающими схваткообразными болями; в промежутках больной чувствует себя удовлетворительно. Иногда боли сопровождаются рвотой. В испражнениях появляется слизь и кровь. При исследовании живота иногда можно прощупать гладкую колбасовидную мягкую или эластичную опухоль в правой половине живота. Исследование прямой кишки; на пальце остается кровь и слизь; иногда прощупывается опухоль; сфинктер расслаблен. Отличать от острого аппендицита и дизентерии.

У взрослых инвагинация наблюдается значительно реже; протекает как закупорка кишечника с явлениями относительной непроходимости; тянется в некоторых случаях неделями, а иногда и месяцами, сопровождаясь за-

порами и схваткообразными болями при длительных светлых промежутках. Может прощупываться опухоль в правом подреберье или правой подвздошной области. Исследование рентгеновыми лучами с наполненнем кишок контрастной массой через задний проход.

Лечение. Оперативное. В запущенных случаях (2—3 дня) может потребоваться резекция кишок (тяжелая для детей операция).

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА. Инородные тела дыхательных путей. Семена подсолнечника, орехи, горошины и другие мелкие тела, взятые в рот ребенком, могут попасть в дыхательные пути при кашле, крике и при глубоком вдохе. У взрослых в дыхательные пути также иногда попадают мелкие предметы, взятые в рот (мелкие гвозди у обойщиков и сапожников, булавки у портных, зубные протезы и т. д.).

Симптомы. Диагноз попадания инородного тела у взрослого ставится обычно легко на основании анамнеза, так как после попадания инородного тела наступает приступ удушливого кашля. Труднее диагноз у детей, у которых момент попадания инородного тела может быть пропущен.

Внезапный среди полного здоровья приступ судорожного кашля, стенозирующее дыхание и цианоз у ребенка, особенно если он играл мелкими предметами, подозрительны на попадание в дыхательные пути инородного тела. Неудаленное инородное тело может дать ряд осложнений (пневмонии, абсцессы).

Лечение. При подозрении на попадание инородного тела в дыхательные пути больной должен быть направлен на специальное обследование (рентгеноскопия, бронхография) и лечение (удаление инородного тела с помощью бронхоскопа).

Профилактика. Не разрешать маленьким детям играть мелкими предметами (орехи, горошины, подсолнухи и т. д.), не брать в рот при работе гвоздей, булавок и т. д. Удалять перед сном зубные протезы.

Инородные тела мягких тканей. Пули, осколки снарядов могут находиться в любом участке тела. Наиболее часты в мирное время инородные тела кистей рук (занозы, иглы) и подошвенной поверхности стоп (стекла, занозы). Инородные тела обычно инфицированы, часто вызывают воспалительный процесс в окружности, иногда инкапсулируются. Смещаться в тканях даже острые инородные тела (иглы) могут лишь незначительно.

Симптомы. При наличии инфекции иногда формируется свищ, идущий к инородному телу, часты вспышки воспалительного процесса со вскрытием раны и отхождением гноя. Иногда определяется уплотнение или болезненность при надавливании на область рубца после повреждения. Нередко больной не подозревает о наличии инородного тела в тканях (игла, стекло).

Инородные тела определяются ощупыванием, зондированием свища, рентгенологическим исследованием (металлические инородные тела).

Лечение. Инородные тела, легко доступные удалению, извлекаются при перевязке или при первичной обработке раны.

Глубоко расположенные инородные тела отыскивать в ране при перевязках не следует, они подлежат оперативному удалению. При наличии свища инородные тела, безусловно, подлежат удалению.

Глубоко расположенные инородные тела, инкапсулированные и не дающие симптомов, могут не удаляться.

Инородные тела мочевого пузыря. Инородные тела попадают в мочевой пузырь через уретру при онанизме (карандаши, термометры, гвозди, головные женские шпильки и др.), при лечебных мероприятиях (катетеры, бужи), при производстве аборта, а также при огнестрельных ранениях. Вокруг попавших в пузырь инородных тел откладываются соли.

Симптомы (см. *Камни мочевого пузыря*). Острые инородные тела могут поранить стенку мочевого пузыря и вызвать флегмону околопузырной клетчатки. Распознаванию инородных тел в мочевом пузыре помогают цистоскопия и исследования рентгеновыми лучами.

Лечение. Удаление инородных тел путем оперативного вмешательства или при помощи операционного цистоскопа.

Инородные тела пищевода. Чаще всего попадают и застревают в пищеводе острые инородные тела (рыбьи и мясные кости), объемистые инородные тела (зубные протезы), а у детей монеты, мелкие игрушки и т. д.

Симптомы. Загрудинные боли и боли в спине, затруднения и болезненность при глотании, слюнотечение, при объемистых инородных телах — затруднение дыхания. Ощущение инородного тела в пищеводе настолько характерно, что больной нередко сам правильно ставит диагноз. При наличии царапины в пищеводе остается ощущение инородного тела, если оно уже и прошло в желудок.

Уточняется диагноз рентгеноскопией и эзофагоскопией.

Осложнения см. *Прободение пищевода и медиастинит.*

Лечение. Всякие попытки удаления инородного тела вслепую или проталкивания его зондом недопустимы. Инородное тело удаляется с помощью эзофагоскопа.

Инородные тела прямой кишки. Объемистые и острые инородные тела кишечника могут остановиться у сфинктера. Чаще инородными телами прямой кишки являются наконечники от клизм или осколки сломавшегося стеклянного наконечника, иногда скопление каловых масс.

Симптомы. Боли в области прямой кишки при дефекации, тенезмы, отхождение слизи и крови, при повреждении стенки кишки — парапроктит и даже перитонит. Распознавание облегчает анамнез, обследование пальцем или с помощью зеркала.

Лечение. Некрупные и неострые инородные тела легко отходят после клизмы. Острые тела должны извлекаться хирургом. Скопления каловых масс раздробляются и извлекаются пальцем или размягчаются с помощью клизм.

КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (CALCULUS VESICAE URINARIAE). В некоторых местностях камни мочевого пузыря встречаются очень часто, что объясняют особенностями питьевой воды. Иногда камни образуются при застое мочи в пузыре (остаточная моча), при попадании инфекции и инородных тел в пузырь. Камни могут образоваться в самом пузыре или опуститься в пузырь из лоханок. По химическому составу камней различают оксалаты, ураты и фосфаты.

Симптомы и течение. Прерывание струи мочи и задержка мочеиспускания. В одних случаях — дневное учащение позывов к мочеиспусканию, боли к концу акта мочеиспускания, отдающие в головку полового члена, кровь в моче. Необходимы цистоскопия и рентгенография. В других случаях больные могут мочиться, только переменив положение тела, например, поворачиваясь на бок. При присоединении инфекции развивается цистит.

Лечение. Оперативное.

КАРБУНКУЛ (CARBUNCULUS). Вызывается гноеродными микробами — стафилококками и стрептококками. Воспалительный процесс захватывает волосяные мешочки, сальные железы и подкожную клетчатку. При дальнейшем развитии болезни в месте припухлости развиваются множественные участки некроза и нередко значительное омертвение кожи. Карбункул развивается чаще там, где происходит трение одежды о тело (поясница, область шеи и затылка), а также на лице (губы и щеки), спине, ягодицах, реже на животе и конечностях.

Симптомы и течение. Значительная отечность в окружности, плотный болезненный инфильтрат багрово-красного цвета, иногда с цианотичным оттенком и со множеством бело-желтых точек, испещряющих кожу в центре припухлости. Сильные боли, высокая температура, общие лихорадочные явления.

Осложнения: лимфангоиты, лимфадениты, тромбофлебиты и иногда общая гнойная инфекция (сепсис).

Распознавание особых затруднений не представляет. Карбункул может быть смешан только с сибирской язвой, для которой характерен резко выраженный отек на значительном протяжении в окружности, более высокая температура, наличие отслоения эпидермиса гноем в виде пузырька, затем подсыхающего в виде черной корочки.

Лечение. Сульфаниламидные препараты (норсульфазол по 1 г четыре раза в сутки). Пенициллин по 50 000 ЕД через 3 часа. Из местных воздействий применяют физиотерапевтическое лечение (УВЧ, ультрафиолетовые лучи); в окружность карбункула и под него вводят 200 000—300 000 ЕД пенициллина в 100—150 мл 0,25% раствора новокаина.

Для ускорения отторжения мертвых тканей засыпают их порошком салициловой кислоты. При прогрессирующем процессе, размягчении инфильтрата и недостаточном отхождении гноя операция. Последняя (чаще под наркозом, иногда под местной анестезией) состоит из разреза в виде креста. Разрез должен быть достаточно глубок (до апоневроза), а кожные лоскуты — приподняты и отслоены от окружающих тканей. При омертвении значительного участка кожи образуется большая гранулирующая поверхность, долго заживающая и дающая большие рубцы.

Профилактика. Соблюдать правила личной гигиены (баня, душ, чистый воротник одежды), избегать расчесов. При появлении пиодермии, угрей, фурункулов проводить правильное лечение с предупреждением травматизации.

COXA VARA см. *Деформации тазобедренного и коленного сустава.*

КОНСКАЯ СТОПА (PES EQUINUS). Под конской стопой подразумевают порочное положение стопы в подошвенном сгибании. Развивается конская стопа при параличах разгибателей стопы и разгибателей пальцев или же при спастическом сокращении сгибательной стопы и пальцев. У детей конская стопа образуется после перенесенного полиомиелита, а также при болезнях головного мозга (болезнь Литтля). Конская стопа может образоваться от неправильного положения стопы, при лечении гипсовой повязкой, вытяжением, длительном хождении на костылях.

Симптомы. При конской стопе больной наступает на кончики пальцев и даже на тыльную поверхность стопы, на которой от хождения образуется мозоль.

Лечение. Консервативное. Состоит из массажа, пассивных и активных движений, физиотерапии (грязелечения и парафинолечения). При застарелой конской стопе — лечение оперативное, состоящее в удлинении ахиллова сухожилия. При параличе мышц — операция мышечной пластики или артродез.

Профилактика. Правильное положение стопы в повязках, упор для стоп при длительном лежании в постели, предупреждение порочного положения при детском полиомиелите и других видах параличей путем ношения ортопедической обуви.

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА (SCLEROSIS APONEUROSIS PALMARIS). СКЛЕРОЗ ЛАДОННОГО АПОНЕВРОЗА. Заболевание кисти, характеризующееся первичным сморщиванием ладонного апоневроза, переходящим в дальнейшем на кожу. Болезнь начинается в среднем и пожилом возрасте. Играет роль профессия.

Симптомы и течение. Под кожей ладони у IV и V пястных костей появляется уплотнение и тянется в виде жгута к пальцу. В дальнейшем основные и средние фаланги постепенно пригибаются к ладони.

Распознавание. Распознавание нетрудно. Всегда следует выяснить профессиональный анамнез.

Лечение. В ранний период систематическое разгибание пальцев и горячие ванны могут задержать развитие болезни. Радикальным считают операцию — удаление пораженного ладонного апоневроза с последующим консервативным лечением.

КОНТРАКТУРА (ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ) СУСТАВА (CONTRACTURA ARTHROSIS). Развивается после воспаления или ранения сустава или мягких тканей. Может зависеть от изменения суставных поверхностей, хрящей, связок, суставной сумки, мышц (мышечная контрактура), нервов (нейрогенная контрактура) и кожи (рубцовая контрактура).

Симптомы и течение. Ограничение подвижности в суставе; кожные стягивающие рубцы, напряженные сведенные мышцы. Контрактура после поражения сустава остается стойкой; рубцовые и нейрогенные контрактуры могут прогрессировать.

Лечение зависит от характера контрактуры. Физиотерапия (ванны, парафино- и грязелечение), вытяжение, этапные гипсовые повязки, операция.

Профилактика. При гнойных процессах и повреждениях конечности ставят в особое положение: в тазобедренном суставе ногу слегка сгибают и отводят, коленный сустав выпрямляют, стопу ставят под прямым углом; в плечевом суставе руку отводят, в локтевом — сгибают под прямым углом, в лучезапястном — ставят в небольшом тыльном сгибании, пальцы слегка сгибают. Первый палец противопоставляют остальным.

КОСОЛАПОСТЬ (PER EQUINO VARUS). Чаще бывает врожденной.

Симптомы и течение. Стопа повернута подошвой внутрь и назад, кажется укороченной. Внутренний край стопы обращен кверху, а наружный — книзу. Подошва согнута. Пятка приподнята, мала. Ахиллово сухожилие укорочено. Больной ходит на наружном крае стопы и даже на тыльной ее поверхности. На местах опоры при ходьбе образуется омозолелость.

Лечение. Начинать с первых дней после рождения постепенное насильственное выпрямление. Для удержания стопы в нормальном положении накладывают повязки (мягкие, липкопластырные, гипсовые). В тяжелых и запущенных случаях выпрямление производят под наркозом или же прибегают к костнопластическим операциям.

Наложение повязок. После выпрямления стопы и придания ей нового положения накладывают гипсовую, липкопластырную или мягкую повязку из фланелевого или полотняного бинта; липкий пластырь накладывается на тыл стопы от середины или наружного края. Полоска липкого пластыря огибает внутренний край стопы и идет поперек подошвы к наружному краю, откуда косо через переднюю поверхность голени переходит на внутреннюю поверхность. Повязка из фланелевого бинта накладывается так же, как и липкопластырная (делают те же ходы), и заканчивается спиральной повязкой на голень, предварительно обогнув бедро (согнутое в колене). Повязки продолжают делать до исправления порочного положения. Ортопедическая обувь.

Профилактика. Раннее применение (с первых дней) мягких повязок и инструктаж матери в отношении применения мягкой повязки в сочетании с массажем и гимнастикой.

КРИВОШЕЯ (TORTICOLLIS). В ряде случаев бывает врожденного происхождения, а также после травм во время родов, в результате чего образуется воспалительный процесс в мышце. Укорочение грудино-ключично-сосковой мышцы, превращение ее в плотный тяж, деформация черепа, лица, позвоночника.

Симптомы. Фиксированное положение головы с наклоном в сторону укороченной мышцы, поворот лица в противоположную сторону, приподнятое положение подбородка. С ростом ребенка асимметрия лица, черепа и позвоночника увеличивается.

Лечение. У маленьких детей во избежание прогрессирования процесса применяют массаж, вытяжение, гипсовые этапные повязки. Основной метод лечения — операция (рассечение ножек мышцы, пластическое ее удлинение, удаление всей мышцы).

Оперативиое лечение дает лучший результат в раиием возрасте (от 1 года до 2 лет), пока ие развилась асимметрия скелета, но и в более старшем возрасте удается добиться после операции хорошего эффекта.

КРИПТОРХИЗМ см. *Задержание яичка.*

КРОВОТЕЧЕНИЕ (HAEMORRHAGIA). Наступает в результате нарушеиия целости сосуда при травмах, распаде стенки сосуда прн опухолях и гнойных процессах (вторичное кровотечение). Кровотечеиие может быть наружиое, внутреннее (в полости тела — см. *Малокровие острое*) и в ткани (см. *Гематома*).

КРОВОТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ. Наиболее быстрое, значительное и опасиое для жизни.

Симптомы и течение. Кровь выбрасывается струей, часто толчкообразно; цвет ее ярко-красиый. Прижатие артерии центральнее раны умеиьшает и даже прекращает кровотечение.

Лечение. Времеиная остановка прижатием кровоточащего места стерильным перевязочным материалом. Если кровотечение ие останавливается, больного иужио немедленно отправить в больницу; при этом следует наложить давящую повязку (едииственный метод предварительной остаиовки кровотечения иа туловище).

Прижатие артерий. Применяют для времеииой остановки артериального кровотечения на конечностях, шее и голове. Прижатие производят выше места кровотечения в определенных точках, где артерия лежит не очень глубоко и может быть придавлена к кости. Наиболее важные для прижатия точки: паховый сгиб — для артерии бедра; подколенная область — для артерии голени; подмышечная область и внутренняя поверхность двуглавой мышцы — для артерии руки; на шее у внутреннего края грудино-ключичной мышцы, близ ее середины, — для сонной артерии; надключичная область — для подключичной артерии.

Наложение жгута. Основной способ временной остановки значительного артериального кровотечения на конечностях — круговое перетягивание конечности резиновым жгутом выше места кровотечения. При правильном наложении жгута пульс исчезает, артериальное кровотечение тотчас останавливается и конечность бледнеет (восковидный вид). Чрезмерно тугое перетягивание может вызвать паралич и омертвение конечности. Можно оставлять жгут на конечности не более $1^1/_2$—2 часов, сняв его через час на несколько минут. В зимнее время надо защищать конечность от отморожения. Если раненого после наложения жгута отправляют дальше (например, в больницу), сопровождающих ставят в известность о времени наложения жгута или вкладывают записку с обозначением времени наложения жгута с отметкой в сопроводительной карте. Через час после наложения жгут должен быть снят и при возобновлении кровотечения наложен вновь. В зимнее время надо снимать жгут через полчаса. Во время снятия жгута на 10—15 минут прижимают артерию.

Закрутка (перетяжка). Закрутку накладывают следующим образом: платок завязывают сначала совсем свободно; затем в петлю вставляют какую-нибудь палку или дощечку и закручивают платок до необходимой степени. При слишком тугом перетягивании и грубых, режущих перетяжках возможны осложнения — повреждение нервов конечности. При слабо наложенной закрутке сдавливаются лишь вены и кровотечение усиливается.

Окончательная остановка кровотечения. Наиболее надежный способ — перевязка сосуда путем перетягивания ее лигатурой. Если захватить кровоточащий сосуд без расширения раны не удается, больной должен быть срочно направлен в больницу. При кровотечении из гнойной раны и невозможности найти кровоточащий сосуд производят операцию перевязки артерии на протяжении (выше кровоточащего места).

Мероприятия при артериальном кровотечении: а) на протяжении конечностей — поднятие кровоточащей конечности и прижатие артерии на ее протяжении с последующим наложением жгута; б) у корня конечности —

прижатие на протяжении или на месте ранения с последующей тампонадой, наложением жгута или давящей повязки; в) на туловище — прижатие на месте ранения с последующей тампонадой и наложением давящей повязки; г) на шее — прижатие на протяжении или на месте ранения с последующим наложением давящей повязки; на голове — прижатие на протяжении (реже) или на месте ранения (чаще) с последующим наложением давящей повязки.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЕ. Симптомы и течение. При ранении вен кровь льется непрерывно и равномерно, быстро заполняя рану. При образовании застоя (опускание кровоточащего органа вниз) кровотечение усиливается; прижатие вен между местом ранения и сердцем также усиливает кровотечение. Кровь, вытекающая при ранении вен, имеет темную окраску.

Лечение. Для остановки венозного кровотечения приподнимают кровоточащую область и накладывают давящую повязку.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРНОЕ. Симптомы и течение. Отдельных кровоточащих сосудов не видно: кровь сочится, как из губки. Капиллярное кровотечение в большинстве случаев вскоре останавливается самостоятельно и опасно при пониженной свертываемости крови (гемофилия, заболевания печени, сепсис).

Лечение. Прижигание кровоточащего участка термокаутером. С той же целью может быть применена электрокоагуляция. Местно применяют тампонаду с 3% перекисью водорода или раствором адреналина (1 : 1000). Средства, повышающие свертываемость крови, см. *Кровотечение паренхиматозное.*

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОЕ. Кровотечение при смешанном ранении мелких артерий, вен и капилляров внутренних паренхиматозных органов (печени, селезенки, легких, почек) может быть очень обильным и продолжительным.

Лечение. Кровоостанавливающие средства, вызывающие сокращение сосудов: препараты спорыньи, экстракт гидрастиса — 25—40 капель внутрь, адреналин 0,1% раствор 0,5 мл под кожу. Средства, повышающие свертываемость крови: 1) препараты хлористого кальция (10% раствор внутрь по одной столовой ложке, внутривенно 5—10 мл 10% раствора); применять под кожу нельзя (кальций вызывает омертвение); 2) лошадиная сыворотка подкожно или внутримышечно по 20—40 мл; может быть взята и одна из лечебных сывороток (противодифтерийная, противостолбнячная) в тех же количествах; 3) переливание небольших количеств крови или плазмы (50—150 мл); 4) витамин К. Окончательная остановка кровотечения требует оперативного вмешательства.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЕ. Наблюдается при туберкулезе кишок и брюшном тифе при образовании изъязвлений в кишечном тракте, сосудистых опухолях и раковых опухолях кишечника, геморрое и т. д.

Симптомы. Неизмененная кровь из нижнего отрезка кишечника (прямая кишка) изливается через задний проход. При кровотечениях из верхних отделов кишечника вначале наблюдаются признаки нарастающего общего малокровия: головокружение, слабость, жажда, помрачение сознания, ослабление и учащение пульса, падение артериального давления, резкая бледность, нередко вздутие живота и боли в кишечнике. Через 1—2 суток появляется дегтеобразный стул (измененная в кишечнике кровь).

Лечение. Полный покой; 10—20 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, лошадиная сыворотка или любая антитоксическая сыворотка (противодифтерийная, противостолбнячная) по 10—20 мл внутримышечно; лед на живот. Переливание небольших (гемостатических) доз крови (150—200 мл). Подкожно физиологический раствор, глюкоза.

ЛИМФАНГОИТ (LYMPHANGOITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ. Бактерии могут проникнуть в лимфатические пути

и вызвать местное воспаление по ходу лимфатических сосудов. Лимфангоит является одним из осложнений гнойного процесса.

Симптомы и течение. Повышение температуры, иногда до 40°, лихорадочное состояние, резкая болезненность в больной части тела, появление красных болезненных полос на коже больного члена по ходу поверхностных лимфатических сосудов. При этом воспаленные поверхностные лимфатические сосуды прощупываются в виде уплотненных и резко болезненных тяжей. Заболевание обычно ликвидируется в течение нескольких дней, если не влечет за собой воспаления лимфатических узлов. В некоторых случаях по ходу лимфатических сосудов могут образоваться гнойники, подлежащие вскрытию.

Лечение. Полный покой заболевшего органа. При заболевании лимфатических сосудов ноги — постельный режим, а руки — шинная повязка. Кроме того, больную область прикрывают согревающим компрессом. Сульфаниламиды по 0,5 г через 4 часа, пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через 3 часа. Лечение основного заболевания, вызвавшего лимфангоит. При задержке гноя воспалительный очаг подлежит вскрытию с наложением хорошо отсасывающей повязки.

Профилактика. Покой, раннее хирургическое лечение и раннее применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов при гнойных процессах.

ЛИМФАДЕНИТ (LYMPHADENITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. Вызывается стафилококками и стрептококками, попадающими через лимфатические сосуды в лимфатические узлы. Обычно поражаются ближайшие к месту гнойного заболевания лимфатические железы (локтевая и подмышечные железы на руке, подколенные и паховые при заболевании ноги, паховые при заболевании области промежности и ягодиц, шейные при заболевании на голове, подчелюстные и околоушные при наличии гнойных процессов на лице и т. д.). Заболевание обычно следует за лимфангоитом, но иногда начинается и без видимых воспалительных явлений в лимфатических сосудах.

Симптомы и течение. Увеличение узлов, появление болезненности, общие лихорадочные явления. Увеличение желез и их болезненность могут исчезнуть в течение 2—3 дней, но нередко возможно гнойное расплавление узлов, образование абсцесса или флегмоны.

Лечение. Покой больной части тела и согревающий компресс или сухое тепло (грелка, лампа соллюкс и т. п.). При образовании гнойника — разрез. В дальнейшем заболевание лечат, как абсцесс (*см.*).

Профилактика. Правильное лечение местного гнойного процесса, своевременное раскрытие гнойника и флегмоны для выхода наружу гноя и покой заболевшей части тела. Разъяснение необходимости своевременного хирургического вмешательства, важности покоя и опасности движения и работы при наличии гнойного процесса.

ЛИПОМА. Доброкачественная опухоль из жировой ткани, чаще расположенная в подкожной клетчатке.

Симптомы. При осмотре и ощупывании — безболезненная, иногда множественная, мягкой консистенции дольчатая опухоль, которая постепенно увеличивается в объеме.

Лечение. Хирургическое (иссечение).

ЛОЖНЫЙ СУСТАВ (PSEUDOARTHROSIS). При отсутствии сращения костей в течение 6 месяцев и более образуется ложный сустав, характеризующийся стойкой подвижностью на месте бывшего перелома.

Чаще всего ложный сустав образуется при переломах костей в средней и нижней части голени, диафиза плеча и костей предплечья. При закрытых переломах причиной развития ложного сустава является неправильная репозиция, плохая иммобилизация и неправильное лечение перелома, наличие интерпозиции тканей в области перелома. В некоторых случаях причиной развития ложного сустава служит преобладание процессов

декальцинации и пониженне регенеративной способности организма, особенно при поражениях нервной системы.

При открытых переломах дополнительными причинами развития ложного сустава являются обширные дефекты костной тканн, а также ннфекция очага перелома с последующнм остеомиелитическим процессом.

Симптомы. Подвижность в области бывшего перелома, нарушение функции конечностн, деформация конечности, особенно при ее двнженнях. Возможна болезненность при нагрузке и атрофия мышц. На рентгенограмме определяется отсутствие костной мозоли, щель между костными отломками, облитерация костномозговых каналов, склерозированне костн.

Лечение. Консервативное. Массаж, лечебная гнмнастика, грязелечение, фнзиотерапия дают результат лишь прн замедлении сращения в очаге перелома. При сформнровавшемся ложном суставе больной подлежит оперативному лечению путем применення костной пластики, металлосинтеза и с помощью ряда других оперативных методов.

Профилактнка. Актнвными мерами предупреждення развнтия ложного сустава будет правильное лечение переломов: при закрытых переломах — ранняя хорошая репозиция, а в случае неудачи ее — оперативное лечение; при открытых переломах — ранняя операция первичной обработки, прнменение антибиотнков для предупреждення инфекции. Очень важно предупредить во время лечения перелома вторичные смещения, нарушение целости повязки и применить раннее правильное проведение ЛФК.

При недостаточном развитии костной мозоли необходимо раннее и активное прнмененне мер, повышающих регенерацню кости: хлористый кальций внутрь, внтамины, введение в очаг перелома крови, гальванизация с кальцием, лечебная гимнастика с хорошей иммобнлизацией перелома.

МАЛОКРОВИЕ ОСТРОЕ (ANAEMIA ACUTA). Возникает на почве кровотечения. Смерть при кровопотерях наступает вследствие паралича дыхательного центра; сердечная деятельность угасает последней (Петров). Причиной поражения дыхательного центра является кислородное голоданне ганглиев центральной нервной системы и сердца в результате потери организмом переносчиков кислорода — эритроцитов, а также в значительной степени нарушение гемоднамики. К этому надо добавить ослабление импульсов со стороны рецепторного аппарата сосудистой системы.

Симптомы и течение. Жалобы на слабость, жажду, потемнение в глазах, звон в ушах, головокружение. Бледность кожных покровов, особенно хорошо заметная на конечностях и ушах; похолодание кожн, особенно на конечностях; липкий, холодный пот. Пульс слабый, мягкий, очень частый, с трудом сосчнтываемый и неуловнмый (нитевидный пульс), падение температуры, ускоренное дыхание.

Прн продолжающемся кровотечении больной теряет сознание, развивается сннюха, появляются общие судорогн и наступает смерть. Во многих случаях внутренних кровотеченнй общее состояние больного заставляет заподозрить налнчне кровотечения.

Лечение. Прежде всего надо остановнть кровотечение. Переливание кровн является основным способом лечения при острой анемии. Лишь при отсутствии крови допускается прнменение кровезамещающих растворов (эритроцитов, плазмы, жидкости Петрова и т. д.). Недостаток жидкостн в организме можно пополнить обильным питьем (если больной в сознанин), введеннем физиологического раствора поваренной соли через кишечник (простые и капельные клизмы), под кожу. Самопереливание кровн (аутотрансфузия): больного кладут с опущенной головой и приподнятымн ногами; кроме того, туго забннтовывают конечности эластическими бннтами, усиливая таким образом приток крови к сердцу и мозгу.

Согреванне больного, сердечные и возбуждающие. После остановки кровотечения — массивные переливания одногруппной крови до 1000 мл плазмы н сыворотки, кровезамещающих растворов. Переливание повторяют в соответствии с содержанием гемоглобина.

МАТЕРИАЛ ДЛЯ ШВОВ. При приготовлении материала для швов применяют различные способы.

Шелк обезжиривают в течение 12 часов в эфире и 12 часов в спирту, затем 5 минут кипятят в растворе сулемы (1 : 1000) и обеззараженными (в перчатках) руками наматывают (нетуго) на стеклянные катушки в один или два слоя. Шелк сохраняют в свежем растворе сулемы и перед операцией кипятят в таком же растворе в течение 2 минут.

Видоизменение способа. Шелк кипятят в воде или 5% растворе карболовой кислоты в продолжение 5 минут, затем нетолстым слоем наматывают хирургически чистыми руками на катушки и кладут на 12 часов в стерильную банку с эфиром, закрытую притертой пробкой. Стерильным пинцетом шелк переносят в такую же банку со спиртом, меняя его через 12 часов, одни сутки и двое суток. Сменив спирт в последний раз, сохраняют в нем шелк в течение 8 суток, после чего он годен к употреблению. Перед операцией шелк кипятят в продолжение 2 минут в водном растворе сулемы (1 : 1000).

Обработка малахитовой зеленью. Шелк наматывают на катушки не более чем в 3 ряда и опускают на 5 минут в кипящий 1% водный раствор малахитовой зелени. Затем его переносят в стерильную банку с 90—95° спиртом, где и хранят до операции.

Нитки приготовляют по одному из указанных способов, предварительно отмыв с них воск и крахмал кипячением в течение получаса в растворе соды и простерилизовав их в автоклаве.

Кетгут. В течение 8 дней кетгут держат в маленьких моточках в банках с жидкостью: Jodi puri, Kalii jodati $\overline{aa}$ 1,0 Aq. destill.

Через 8 суток раствор меняют и кетгут хранят в новом растворе до употребления.

Сухой йодный кетгут. Небольшие моточки кетгута обезжиривают в эфире, смачивают в 1% растворе йодистого калия и подвешивают на стеклянной стойке или на нитках в банке с притертой пробкой; на дно банки насыпают кристаллический йод (5 г).

Через 5—7 дней кетгут готов к употреблению.

Обработка малахитовой зеленью. Кетгут в моточках помещают в 1% раствор малахитовой зелени в термостат при 20—30° на 3 суток, затем стерильным пинцетом извлекают его и опускают в банку с 90° спиртом, которую держат в термостате 24 часа. Перенеся кетгут в другую банку со спиртом, сохраняют его там до употребления.

МЕДИАСТИНИТ (MEDIASTINITIS). ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ. Вызывается гнойной или гнилостной инфекцией. Развивается при прободении пищевода инородными телами или при ранении его, а также при переходе воспаления с окружающих органов на средостение (флегмоны шеи, язвы и опухоли пищевода, остеомиелиты ребер и т. д.).

Болезнь распространяется чрезвычайно быстро, принимая характер септической инфекции. Предсказание исключительно тяжелое (очень большая смертность).

Симптомы. Тяжелое общее состояние, быстро нарастающая интоксикация, повышенная температура (при гнилостных процессах не достигает высоких цифр), не соответствующее температуре учащение и ослабление пульса. Боли загрудинные и в области позвоночника; болезненность и затруднения при глотании.

Лечение. Пенициллин. Срочная операция.

МОЧЕИСПУСКАНИЯ РАССТРОЙСТВА. Расстройство мочеиспускания появляется в результате нахождения в мочевом пузыре и мочеиспускательном канале камней, нарушения иннервации мочевого пузыря, заболевания и травмы центральной нервной системы, воспалительных процессов в мочевом пузыре и пр.

Расстройство мочеиспускания может проявляться в увеличении частоты позывов, что чаще всего бывает на почве воспалительных процессов,

камней, а также новообразований в пузыре. Расстройство мочеиспускания наблюдается только ночью: у мужчин — при заболевании предстательной железы, у женщин — при заболеваниях матки и прямой кишки.

Днем учащение мочеиспускания может зависеть от заболеваний нервной системы (моча нормальная). Увеличение суточного количества мочи (полиурия) наблюдается при сахарном и простом мочеизнурении, интерстициальном нефрите, нефросклерозе, гидронефрозе и т. д.

Задержка мочи (retentio urinae). Может быть вызвана камнями в мочевом пузыре, при опухолях предстательной железы, при заболеваниях и травме уретры, сужениях уретры в результате заболеваний нервной системы, при заболеваниях прямой кишки (рефлекторно).

Задержка мочи может развиваться остро и хронически. При хронически развивающейся задержке больные отмечают, что им приходилось до появления задержки при позыве к мочеиспусканию дожидаться появления мочи, натуживаться, моча шла вялой струей и в мочевом пузыре оставалась моча (остаточная моча) вследствие невозможности полностью его опорожнить.

Острая задержка мочи появляется чаще всего у больных с увеличением предстательной железы и требует срочного оперативного вмешательства.

Задержка мочи может происходить при наличии препятствий к оттоку мочи в мочеточниках и почках (камни); задержка вызывает почечную колику вследствие растяжения почечных лоханок.

Анурия *(см.)*.

Недержание мочи. Под недержанием мочи понимают такое состояние, когда у больного моча вытекает непроизвольно и он не чувствует позыва к мочеиспусканию. Полное недержание мочи наблюдается при органических заболеваниях центральной нервной системы и указывает на нарушение функции мочевого пузыря. Недержание мочи может быть частичным, постоянным, временным и ночным. Ночное недержание наблюдается главным образом у детей.

Л е ч е н и е. Должно быть направлено на борьбу с основным заболеванием и причиной, вызвавшей расстройство мочеиспускания.

НАРКОЗ, НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. Эфир (Aether pro narcosi). Прозрачная, бесцветная жидкость быстро испаряется, легко воспламеняется; при стоянии на свету или в открытой банке разлагается. Пробы на чистоту: 1) фильтровальная бумажка, смоченная эфиром, после его испарения не должна давать никакого запаха (сивушные масла); 2) влажный налет, остающийся после испарения эфира в стеклянной чашечке, не должен давать покраснения синей лакмусовой бумажки.

Хлорэтил (Aethylium chloratum). Бесцветная, быстро испаряющаяся жидкость, легко воспламеняется.

Стадии усыпления. В **п е р в о й с т а д и и**: спутанность сознания, учащение пульса и дыхания при сохранении рефлексов и исчезновение чувствительности.

В о в т о р о й с т а д и и (период возбуждения): больной кричит, поет, иногда ругается; появляются судорожные движения в руках и ногах; больной старается сорвать маску, может вскочить со стола; сердечная деятельность учащается, дыхание становится более частым и глубоким, иногда шумным, зрачок расширяется, хорошо реагирует на свет.

В т р е т ь е й с т а д и и (глубокого сна): чувствительность совершенно исчезает, мышцы расслабляются, исчезают рефлексы, дыхание становится более спокойным, медленным, глубоким, пульс замедляется, зрачки суживаются, на свет не реагируют.

В ч е т в е р т о й с т а д и и (пробуждения): продолжительность различна, в зависимости от применявшегося наркотического вещества, длительности наркоза, глубины сна и индивидуальности больного. Период пробуждения может сопровождаться сильным возбуждением.

Осложнения. 1. Шок. Профилактика состоит в подготовке больного путем бесед и применения медикаментов. Назначают наркотики и успокаивающие средства, особенно нервным больным (морфин 0,01 за полчаса до наркоза, люминал или другие снотворные накануне операции).

2. Остановка дыхания и сердца вследствие рефлекторного влияния раздражения окончаний тройничного и гортанного нерва на центры дыхания, сосудодвигательные центры и центр блуждающего нерва. Профилактика: не давать сразу больших количеств наркотического вещества (удушающий способ наркоза) и постепенно увеличивать дозу.

3. Рвота. Для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути необходимо, чтобы больной был подготовлен к наркозу: желудок его должен быть пуст. Рвота появляется, когда наркоз неглубок и больной просыпается; при ее появлении поворачивают голову больного в противоположную от операции сторону, очищают рот и носоглотку, а затем углубляют наркоз.

4. Асфиксия. При западении языка лицо больного становится синюшным, вздутым, ногти цианотичными, дыхание хрипящим; челюсти сжаты, межреберные промежутки и надключичные ямки при дыхании западают. Если не устранить препятствия, наступает вторичное ослабление и остановка дыхания: лицо больного бледнеет, судорожных явлений обычно не бывает. Зрачки расширяются, на свет не реагируют. Первичная остановка дыхания от наркоза чаще всего наблюдается у алкоголиков, особенно если период возбуждения очень длителен и тяжел. Профилактика: внимательно наблюдать за больным при наркозе, соответственно уменьшать дачу наркотического вещества при появлении признаков возможных осложнений (широкий, не реагирующий на свет зрачок).

Местные причины асфиксии необходимо возможно быстрее устранить: язык следует взять щипцами или на лигатуру и вытянуть, глотку быстро очистить вытиранием или отсасыванием. Раздвигают зубы, закладывая роторасширитель между коренными зубами, и раскрывают рот больного. Если после восстановления проходимости дыхательных путей дыхание не возобновилось, применяют искусственное дыхание. При рефлекторной остановке дыхания и при остановке вследствие передозировки, т. е. действия наркоза на дыхательный центр, наркоз немедленно прекращают, маску снимают с лица больного и делают возможно быстрее искусственное дыхание.

5. Падение и остановка сердечной деятельности. Ослабление деятельности сердца иногда нарастает постепенно; в других случаях пульс быстро изменяется, становится слабым, частым, еле уловимым, а затем и совсем исчезает; резкое побледнение больного; черты лица заостряются; зрачки расширяются, реакция их на свет исчезает; рот раскрывается, челюсть отвисает.

Необходимо прекращение наркоза, свежий воздух, подкожное введение кофеина и камфары, эфедрина. Если не наступает быстрого улучшения, применяют искусственное дыхание, внутривенное вливание физиологического раствора и внутривенное или внутриартериальное переливание крови.

Противопоказания к применению наркоза. Тяжелые заболевания легких (особенно противопоказан эфирный наркоз), перерождение сердечной мышцы, заболевания крови (крайние степени малокровия), заболевания желез внутренней секреции (надпочечников), тяжелые заболевания почек, резкая степень общего истощения и др.

Наркоз внутривенный. Техника. В ампулу с порошком гексенала добавляют 10 мл бидистиллированной воды и после растворения набирают в шприц.

Введение в вену должно быть очень медленным: первые 5 мл вводят в течение 3 минут, а иногда и более. Наркозный сон наступает моментально, без стадии возбуждения.

При внутримышечном введении 1 г гексенала в 10% растворе наркоз наступает через 15—20 минут. Тиопентал-натрий применяется в 1,25—2,5% растворе. Опасность заключается в слишком быстром введении в вену раствора и передозировке его.

После окончания наркоза сон продолжается обычно несколько часов. В течение этого времени необходимо внимательно наблюдать за больным. Возможны обычные для наркоза осложнения (асфиксия, падение сердечной деятельности); после гексеналового наркоза иногда наблюдается тяжелое возбуждение.

Наркоз газовый. Закись азота (Nitrogenium oxydulatum) — бесцветный газ сладковатого вкуса, на паренхиматозные органы не действует, не понижает артериального давления, не обладает местным раздражающим действием.

Стадии усыпления:

1. Начальная стадия. Неприятных ощущений больной не испытывает, дыхание замедляется. Быстро наступает состояние легкого опьянения, засыпание и анальгезия.

2. Стадия возбуждения. Возбуждение короткое, приятное (веселящий газ), наступает в 10% случаев, преимущественно у алкоголиков.

3. Стадия сна. Наступает через 5—10 минут после начала наркоза, реакция на свет и роговичный рефлекс сохранены. Глубина сна средняя.

4. Стадия пробуждения. Пробуждение быстрое — через 1—2 минуты, без неприятных ощущений, без вторичного сна, анальгезия до 2 часов.

Наркоз дают натощак после введения морфина или пантопона.

Техника. Вдыхание газа в смеси с кислородом (длительный наркоз). Применяется смесь из 85% закиси азота и 15% кислорода с последующим уменьшением количества закиси азота до 65%. Искусство дачи — в умении регулировать смесь. Следить, чтобы не было цианоза. Необходимое количество газовой смеси — от 8 до 10 л в минуту.

Осложнение. Рвота, повышение кровоточивости, потоотделение, цианоз.

Показания. Применим при кахексии, анемии, у тяжелых, истощенных больных с почечными, легочными и сердечными заболеваниями.

Наркоз — эфирное оглушение. Для небольших операций длительностью 15—20 минут применяется наркоз, называемый опьянением или оглушением (рауш-наркоз). На марлевую салфетку или маску льют тонкой струей эфир или хлорэтил. После нескольких вдохов наступает состояние оглушения.

Наркоз прямокишечный нарколановый (трибромэтиловый алкоголь). Кристаллический порошок. Применяют в 3% растворе в воде при 35° (выше 40° разлагается). Приготовляют перед употреблением.

Перед дачей наркоза производят контрольную проверку: к 5 мл раствора добавляют две капли 0,1% раствора конгорота — должна появиться оранжево-красная, а не фиолетовая окраска. Дозировка 0,08—0,1 г на 1 кг веса больного. Вводится в прямую кишку.

Сон через 30—40 минут, длительность наркоза от 30 минут до 1—1½ часов.

Осложнения. Фибриллярные подергивания, падение артериального давления, западение языка, цианоз. При передозировке — асфиксия.

В посленаркозном периоде — возбуждение и психические расстройства.

При осложнениях — удаление раствора из прямой кишки.

Противопоказания. Заболевания печени, почек, сепсис.

НЕВРОМА (NEUROMA). Разрастания, состоящие из элементов периферических нервов, чаще всего развивающиеся в месте пересечения (культе) нерва. Доброкачественные опухоли нервов называют невриномами.

Симптомы и течение. Округлая плотная опухоль, соответствующая месту пересечения или повреждения нерва, чрезвычайно болез-

ненная при давлении. Иногда вызывает резкие боли при малейшем, даже температурном раздражении (каузальгии). Рост невромы затрудняет пользование конечностью (ношение протеза) в результате болей при надавливании на нее.

Лечение. При нарушении функции конечности, особенно при нахождении невромы в культе в местах давления протеза, требуется оперативное удаление.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА (ILEUS). Причины: различные процессы в кишечной стенке (опухоли, рубцовые сужения), закупорка просвета кишки аскаридами или камнем, инвагинация, перекручивание кишки (заворот), ущемление кишечной петли спайками, сдавление опухолями соседних органов, функциональные нарушения перистальтики и ряд других процессов. Различают острую и хроническую (перемежающуюся) кишечную непроходимость, полную и неполную, динамическую, вследствие паралича кишечной мускулатуры (паралитическая) или спазма ее (спастическая), механическую при наличии препятствия по тракту кишечника для прохождения содержимого. Механическая кишечная непроходимость проявляется в двух формах: 1) странгуляция, когда расстраивается кровообращение в брыжейке кишечной петли, и 2) обтурация, когда имеется только закупорка просвета кишки без нарушения питания петли.

Симптомы и течение. Сильные боли в животе, задержка испражнений и газов, вздутие живота, рвота, отсутствие перистальтики (при параличе кишечной мускулатуры). Очень бурное и быстрое развитие болезни, резкая интоксикация (побледнение больного, учащение пульса, цианоз), особенно при затруднении проходимости в верхних частях тонкого кишечника, и неравномерное вздутие (при расстройстве кровообращения в брыжейке кишечной петли).

Усиленная перистальтика, видимая на глаз через брюшную стенку и менее быстро развивающаяся картина болезни (при закупорке просвета кишки без нарушения питания петли). Симптом плеска в тонких кишках при сотрясении стенок живота.

Распознавание. У некоторых больных, особенно при неполной непроходимости, распознавание затруднено в начале заболевания и в поздних случаях, когда развивается картина перитонита. Трудные для распознавания случаи, когда определяется какая-то катастрофа в брюшной полости, но характер ее остается неясным, объединяются под названием «острый живот» (*см.*).

Лечение. Нельзя применять слабительных, которые ухудшают состояние больного, и наркотиков, затрудняющих диагноз и затемняющих картину болезни. Первая помощь — сифонная клизма, инъекция 1 мл солянокислого атропина (0,1%). При отсутствии облегчения больной должен быть немедленно направлен на неотложную операцию. В противном случае он погибнет от интоксикации или омертвения кишки и развития перитонита. Чем позднее доставлен больной, тем более сложна и опасна операция (резекция омертвевшей кишки). В послеоперационном периоде при парезе желудочно-кишечного тракта рекомендуется промывание желудка или постоянное отсасывание желудочного содержимого через тонкий зонд.

НОГОТЬ ВРОСШИЙ (UNGUIS INCARNATUS). Чаще всего наблюдается на больших пальцах ног в результате неправильного роста ногтя (внедрение в мягкие ткани — врастание в ногтевой валик) и давления обуви.

Симптомы и течение. Вокруг вросшего ногтя на почве хронического воспаления развивается язвочка и разрастаются грануляции. Больные жалуются на боли.

Лечение. Ношение более свободной обуви. При воспалительном процессе — покой и ванны. В далеко зашедших случаях и при рецидивах — оперативное лечение: иссечение боковой части ногтя вместе с грануляциями и ногтевым ложем под местной анестезией.

НОМА. ВОДЯНОЙ РАК (NOMA). Нома представляет некротический процесс, начинающийся со слизистых рта, щеки, десны, губы. Болезнь развивается обычно у лиц, истощенных или ослабленных перенесенной инфекционной болезнью (корь, тиф, дизентерия и т. п.). В настоящее время она редко встречается.

Симптомы. Нома начинается язвенным гингивитом или с образования на слизистой щеки уплотнения или пузырька с мутным кровянистым содержимым. Затем появляется быстро увеличивающееся черное некротическое пятно, а на месте пузырька — изъязвление.

Некроз распространяется в глубину и ширину, разрушая не только мягкие ткани, но иногда и кости.

Температура у больных высокая. Общее состояние очень тяжелое. Заболевание часто заканчивается в течение нескольких дней смертельным исходом.

Лечение и профилактика. Профилактикой заболевания является усиленное питание с приемом витаминов и своевременное лечение гингивита. Появившийся пузырек немедленно прижигают или коагулируют. Некротические ткани удаляют. Рот промывают раствором марганцовокислого калия (1 : 1000 — 2000), вводят противогангренозную сыворотку. Пенициллин. Общее укрепляющее лечение.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ см. *Анестезия.*

ОЖОГ (COMBUSTIO). Возникает при действии на тело высокой температуры и ряда химических веществ: концентрированных растворов щелочей, кислот, ляписа, хлористого цянка, медного купороса и некоторых медикаментов (йодной настойки).

Симптомы и течение. При ожоге первой степени происходит повреждение поверхностных слоев кожи с последующим асептическим воспалением, образуется краснота, припухлость кожи и болезненность; длительность течения ожога 2—3 дня; происходит полное возвращение к норме; иногда остается лишь потемнение обожженного участка кожи (пигментация) и его шелушение.

При ожоге второй степени появляется серозно-фибринозный выпот и образование пузырей с серозным содержимым на поверхности покрасневшей и припухшей кожи. Поверхностный роговой слой кожи омертвевает, отслаивается и под ним накапливается эксудат; при лопании пузыря обнажается ярко-красный, болезненный, легко ранимый, склонный к инфицированию глубокий слой кожи; если удалось избежать инфекции, то через 4—5 дней пузыри лопаются и подсыхают или содержимое их рассасывается. Выздоровление наступает без рубцов в течение 1—2 недель; при осложнении инфекцией на обнаженной поверхности эпителия появляются грануляции, заживление сильно замедляется.

При ожоге третьей степени, кроме тех же явлений, что при ожоге второй степени, образуется некроз тканей благодаря свертыванию белков, дегенеративные изменения в тканях, тромбоз сосудов; иногда ткани обугливаются.

Для ожога третьей степени характерно образование струпа: поверхностные слои кожи часто слущены и их обрывки висят в виде лохмотьев; более глубокие части кожи нечувствительны, превращены в жесткую буроватую, а иногда в совершенно черную массу. Заживление наступает после отделения омертвевших тканей и их отторжения. Срок заживления от нескольких недель до нескольких месяцев. Возможно гнилостное и гнойное заражение, кровотечения и общее истощение. Кожа замещается рубцовой тканью, склонной к последующему сморщиванию и стягиванию окружающих тканей. При большой поверхности ожога полного заживления может не наступить, и остается участок грануляций.

При обширных ожогах (25% и 50% поверхности тела) вследствие раздражения нервных окончаний и реакций нервной системы могут наступить тяжелые общие явления (шок). Больной очень возбужден, жалуется на

сильные боли и жажду, возбуждение сменяется апатией и сонливостью, температура падает до 36—35°; появляется рвота, позывы на мочеиспускание при отсутствии или при наличии концентрированной, богатой белком мочи; бред, потеря сознания, пульс слабеет, появляется бледность и цианоз. Смерть наступает при явлениях коматозного состояния (судороги, коллапс). Следует различать раннюю — первичную — и позднюю смерть от ожога. Ранняя смерть наступает в течение первых часов или первых суток после ожога (шок), а также на третьи-пятые сутки (токсемия), поздняя — через несколько недель (сепсис).

Обширные ожоги — тяжелое общее заболевание, сопровождающееся тяжелыми расстройствами. При этом отмечается сильнейшее раздражение периферической и центральной нервной системы (болевой синдром), расстройство гемодинамики, нарушение кислотно-щелочного равновесия, быстро развивающиеся явления интоксикации как продуктами распада тканей, так и продуктами жизнедеятельности микробов и, наконец, выключение физиологической функции (дыхательной и выделительной) кожи.

Первая помощь. При оказании помощи следует по возможности быстро прекратить действие высокой температуры. Это мероприятие особенно большое значение имеет при воспламенении одежды и при ожогах жидкостью через одежду.

В первом случае необходимо потушить пламя, накинув на горящего какую-нибудь плотную ткань и плотно прижав ее к телу. Потушив пламя, срывают тлеющую одежду или обливают ее водой. При промокании одежды горячей водой, ее также необходимо быстро облить холодной водой или сорвать. Быстрое погружение обожженного места в холодную воду уменьшает боли и тяжесть ожога.

Ввиду значительных потерь у больного белков и для выведения его из шока применяют вливание противошоковых жидкостей и делают переливание крови (сыворотки).

Под морфинным обезболиванием или под общим наркозом производят первичную обработку ожоговой раны. После протирания кожи в окружности ожога и поверхности невскрытых пузырей 0,5% раствором нашатырного спирта, бензином и алкоголем с соблюдением правил асептики пузыри вскрывают и удаляют отслоившийся эпидермис полностью. Остатки вскрывшихся пузырей также удаляют, поверхность высушивают.

Обширную раневую поверхность после ожога лечат открытым или закрытым методом.

При лечении открытым способом больного кладут на стерильное белье, оставив область ожогов открытой; над кроватью устанавливают сетку, покрытую стерильной простыней, под которую помещают электрические лампочки для согревания больного. Необходимо следить за правильным положением конечностей, ежедневно производить тщательный туалет поверхности ожога (снимать корочки, подстригать струпья, обмывать кожу в окружности бензином и спиртом), сменять стерильные простыни.

Во избежание рубцовых сведений необходимо следить за правильным положением конечностей.

При лечении закрытым способом на место ожога накладывают повязки: из эмульсии стрептоцида или синтомицина, повязки со стерильным вазелиновым маслом, парафиновые повязки. Общее лечение состоит в том, что больному вводят до 3—4 л жидкости в сутки, делают внутривенные инъекции 40% раствора глюкозы, производят переливания крови по 500 мл, проводят пенициллинотерапию, вводят внутривенно кровезаменители, дают богатую белками пищу.

При ожогах второй и третьей степени задача первой помощи состоит в предупреждении шока введением морфина и согреванием больного. Больному дают горячее питье. Для предупреждения инфекции обожженный участок покрывают стерильной повязкой, а при обширных поверхностях стерильной простыней, вводят противостолбнячную сыворотку.

Лечение. Ожоги первой степени, если у больного нет тяжелых общих явлений, и небольшие ожоги второй степени обычно в госпитальном лечении не нуждаются.

При ожогах первой степени боли и жжение можно успокоить, применяя спирт, примочки из раствора марганцовокислого калия.

При небольших ожогах второй степени, которые можно лечить амбулаторно, производят в условиях поликлиники или здравпункта первичную обработку обожженной поверхности.

После обмывания поверхности ожога и кожи в окружности 0,5% раствором нашатырного спирта и алкоголем с соблюдением правил асептики удаляются ножницами пузыри и накладываются повязки с порошкообразным стрептоцидом, эмульсией стрептоцида, синтомицина, с раствором пенициллина или с раствором марганцовокислого калия. Повязки меняются редко (через 6—8 дней). При смене повязки, если она прилипла, ее нельзя отдирать, а лучше отмочить в ванне из слабого раствора марганцовокислого калия.

Более обширные ожоги нуждаются в стационарном лечении. Необходим постельный режим в палате с температурой 27—30°, согревание больного грелками, введение наркотиков, обильное введение жидкости для уменьшения интоксикации. Введению в оргвнизм пострадавшего больших количеств жидкости придается при обширных ожогах большое значение. Дают больному пить, делают капельные клизмы, вливают физиологический раствор и 5% раствор глюкозы подкожно и внутривенно в количестве 800—1000 мл.

При ожоге едкими веществами нужно быстро облить поверхность ожога обильным количеством воды; при ожоге негашеной известью обмыть место ожога каким-нибудь маслом, а при ожогах крепкими кислотами — растворами щелочи (2% содовый раствор, мыльная вода, известковый раствор) или присыпать его мелом, магнезией, зубным порошком; при ожогах щелочамн облить пораженный участок слабымн растворами кислот (уксусной, лимонной).

Ожог фосфором, при котором сочетается химический и термический ожог, подвергается особой обработке. Кусочки фосфора удаляют с поверхности ожога пинцетом, поверхность ожога обильно обмывают водой или погружают в воду, делают примочки из 5% раствора медного купороса. Противопоказаны мазевые повязки.

При смене повязки ее отмвчивают в ванне нз слабого раствора марганцовокислого калия. На гранулирующие поверхности кладут повязкн из мази Вншневского. На обширные гранулирующие поверхности производят пересадку кожи (кожпая пластика). Перевязкн делают возможно реже.

ОЖОГ ПИЩЕВОДА (COMBUSTIO OESOPHAGI). Вызывается случайным или умышленным проглатыванием крепких растворов кислот (серной, азотной, соляной, уксусной и др.) и щелочей (каустической соды). Ожог кислотами дает иа слизистой оболочке струп, затрудняющий более глубокое проникновение кнслоты в ткани. При ожоге щелочами струп не образуется н стенка пнщевода поражается на большую глубину.

Симптомы и течение. Затруднение глотання, жгучие боли по ходу пищевода и в подложечной области, слюнотечение, рвота, затруднение дыхания, коллапс, своеобразный запах рвотных масс при отравлении азотной и уксусной кислотой. Струп, видимый обычно на слизистой рта, при действии серной кислоты — бурого цвета, азотной — желтого, при остальиых ожогах — серовато-белого цвета.

В течение первых суток наблюдается значительная смертность при явлениях коллапса. В последующие дни может наступить прободение желудка н перерождение паренхиматозных органов, главным образом почек. Пораженная слизистая отторгается, образуется длительно заживающая гранулирующая поверхность и наступает рубцовое сужение пищевода.

Лечение. Немедленное промывание желудка и пищевода. При ожоге кислотами — щелочи; жженая магнезия в смеси с водой, известковая вода, мыльная вода, зола, смешанная с водой (столовая ложка на стакан), белковая вода; обильное питье. При ожоге щелочами — слабые растворы лимонной и уксусной кислоты (столовый уксус). При болях — морфии. В дальнейшем необходимо раннее и длительное бужирование пищевода.

ОНИХИЯ см. *Панариций.*

ОПУХОЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ см. *Рак, Саркома.*

ОПУХОЛИ ПОЧЕК. Почки поражаются главным образом злокачественными новообразованиями и редко доброкачественными. Среди злокачественных новообразований (главным образом у детей) встречаются саркомы, гипернефромы (в большей половине случаев) и рак (реже).

Саркомы почек у детей протекают без признаков и распознаются часто только при достижении значительных размеров. Дети погибают от кахексии и метастазов.

Основные признаки гипернефромы — обильная и болезненная гематурия, боль и прощупываемая опухоль. При закупорке мочеточника сгустками крови может внезапно появиться боль.

Опухоль при прощупывании плотна, иногда бугриста.

Характерным является варикоцеле. Общее состояние больных долго остается хорошим. При распознавании необходима пиелография, цистоскопия (для исключения опухоли мочевого пузыря).

Лечение. Удаление почки.

ОРХИТ (ORCHITIS). Воспаление яичка. Возникает при различных заболеваниях (паратифе, тифе, ангине) или может перейти с воспалительного процесса придатка самого яичка. Инфекция может попасть в яичко гематогенным путем. Орхит наблюдается также как последствие травмы яичка.

Симптомы и течение. Яичко увеличено и болезненно, особенно при ощупывании. Температура значительно повышена. Общее состояние больных ухудшается. В большинстве случаев при лечении воспалительный процесс постепенно убывает, но в некоторых случаях в яичке образуется гнойник.

Лечение. В остром периоде полный покой и постельный режим. Фиксация мошонки в высоком положении повязкой или суспензорием. Тепло. При болях — свечи с белладонной (0,015), морфии, пантопон. При гнойнике — хирургическое вмешательство.

ОСТЕОМИЕЛИТ (ВОСПАЛЕНИЕ КОСТНОГО МОЗГА И КОСТИ). Остеомиелит острый (osteomyelitis acuta). Вызывается чаще стафилококками, попадающими в костномозговую полость с током из другого какого-либо гнойного очага или через открытые повреждения (ссадины, царапины, небольшие ранки), а также повреждения с нарушением целости надкостницы и кости (остеомиелит травматический). Развивается острый воспалительный процесс. Гной по костным каналам распространяется на надкостницу, отслаивая ее. При прорыве надкостницы гной распространяется в межмышечные пространства, вызывая флегмонозный процесс. Тромбируются сосуды кости и наступает ее частичное омертвение. Отделившаяся мертвая кость лежит в виде инородного тела (секвестр). Из надкостницы происходит образование новой кости. Секвестр оказывается окруженным костной тканью. В результате остеомиелита может наступить патологический перелом.

Симптомы и течение. Начинается внезапно потрясающим ознобом, резким повышением температуры и тяжелым общим состоянием. Одновременно появляются резкие боли в области пораженной кости. Местное повышение температуры, небольшая отечность и резкая болезненность. Рентгенологическое исследование может указать на поражение кости через 10—12 дней после начала заболевания. При прорыве гноя в межмы-

шечные промежутки заболевание принимает характер глубокой флегмоны. Осложнения: гнойное воспаление суставов, сепсис.

Лечение. Применение антибиотиков с предварительным отсасыванием гноя из субпериостального гнойника и промыванием его пенициллином, последующее введение внутримышечно антибиотиков; иммобилизация, а при сформировании абсцесса — оперативное лечение.

Профилактика. Профилактика развития остеомиелитического процесса состоит в предупреждении загрязнения даже небольших повреждений кожи, а также в своевременной обработке ран.

Остеомиелит хронический (osteomyelitis chronica). При переходе в хроническую форму в кости образуются гнойные полости с секвестрами.

При остеомиелитах после огнестрельных ранений процесс распространяется на значительные участки кости, в него вовлекаются поврежденные мягкие ткани; местный процесс протекает тяжело.

Симптомы и течение. Свищи с гнойным, часто ихорозным отделяемым, идущие к кости. При введении зонда в свищ нередко ощущается шероховатая кость. На рентгеновском снимке обычно видна полость, находящиеся в ней секвестры и уплотнение кости в окружности. Свищи могут закрываться; возможны обострения болезни (рецидивирующий остеомиелит): свищи открываются вновь. Это особенно характерно для остеомиелитов после огнестрельных ранений, когда рецидивы встречаются через много лет после ранения. При длительном течении остеомиелита возможно развитие раневого истощения и поражения внутренних органов, особенно почек (амилоидоз).

Распознавание. Необходимо дифференцировать хронический остеомиелит от туберкулеза костей и суставов и от сифилитического их поражения. Диагноз значительно облегчается изучением анамнеза, развития процесса и рентгеновским снимком.

Лечение. Перевязки и уход за кожей в окружности свищей. Физиотерапевтическое лечение: кварц, соллюкс, солнцелечение; торфо- и грязелечение. При наличии секвестров — оперативное лечение, в некоторых случаях повторное.

ОСТИТ ФИБРОЗНЫЙ. Рассасывание костной ткани с замещением ее фиброзной тканью и образованием кистозных полостей.

Благодаря истончению наружного компактного вещества кости в очаге поражения возможен патологический перелом.

Этиология неясна, возможно нарушение функции паращитовидных желез. Может быть поражение нескольких костей.

Симптомы. Боли в области поражения кости, плотная, медленно увеличивающаяся припухлость, нарушение функции конечности.

Заболевание диагностируется только путем рентгенологического исследования. На рентгеновском снимке видны кистозные образования в кости и истончение ее.

Лечение. Хирургическое.

ОСТРЫЙ ЖИВОТ. Под этим названием объединяется ряд острых заболеваний брюшной полости и забрюшинных органов: перитониты, прободения язвы желудка, червеобразного отростка, слепой кишки, желчного пузыря, фаллопиевых труб; язвы кишок; воспалительные заболевания органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит и т. д.); кишечная непроходимость в результате внутреннего ущемления, заворотов и перегибов кишечной петли, внедрение, закупорка кишки опухолью и т. д.; внутренние кровотечения и разрывы органов (труба при внематочной беременности, селезенка, печень); тромбозы сосудов кишечника.

Симптомы: 1) острые постоянные или схваткообразные боли в животе; 2) непрекращающаяся тошнота и рвота; 3) длительная задержка стула; 4) резко вздутый или доскообразно напряженный живот; 5) изменение общего состояния: бледность, иногда цианотичность, холодный пот, беспокойство, учащение и падение пульса.

Распознавание. Необходимо исключить рефлекторные симптомы при заболевании органов грудной полости (пиевмония, плеврит, стенокардия) и колику (печеночная, почечная, кишечная), когда оперативного лечения не требуется. Диагноз уточняют с помощью рентгенологического и лабораторного исследования.

Лечение. Противопоказаны наркотики и слабительные. Допустимы клизмы, лучше сифонные (при отсутствии кровотечения и признаков перитонита), необходима немедленная операция.

ОТМОРОЖЕНИЕ (CONGELATIO). Изменения в тканях, носящие название отморожений, являются результатом нарушения кровообращения и обмена в тканях, когда температура тканей понижается ниже 10°, поэтому отморожение может наступить при наружной температуре около 0° и даже выше.

Отморожению способствует холод, тесная или влажная долго не снимавшаяся обувь. Громадное значение имеет и общее состояние: истощение, малокровие, понижение деятельности сердца (у больных, раненых). Наиболее часто отмораживают пальцы нижних конечностей и верхних конечностей, уши и кончик носа.

Симптомы и течение. Различают дореактивный период, когда ткани бледны (спазм сосудов), холодны на ощупь, температура понижена, чувствительность потеряна, и реактивный период, когда появляется отек с образованием пузырей и нарушением обмена в тканях и их некрозом.

Первая степень: нерезкое сокращение (спазм) сосудов, вызывающее побледнение кожи и потерю чувствительности. После согревания кожа становится синюшно-красной (паралич сосудов), болезненной и отечной.

Вторая степень: после согревания побледневшего участка кожи тела на нем появляются пузыри, часто с кровянисто-серозным и мутным содержимым; кожа вокруг пузырей имеет синюшно-красную окраску.

Третья степень: глубокие расстройства кровообращения; участки кожи, лишенные питания, погибают и омертвевают. Такие глубокие расстройства питания выявляются лишь через несколько дней, так как первоначально отмороженная часть имеет сине-багровый цвет, покрыта пузырями, струпьями.

Четвертая степень: омертвение не только кожи, но и глубжележащих тканей.

Гангрена при отморожении легко приобретает влажный характер. В других случаях ткани становятся буро-черными и твердыми (сухая гангрена).

Отморожения третьей и четвертой степени заживают очень медленно.

Лечение. Для восстановления кровообращения в пострадавших тканях нельзя прибегать к растиранию снегом, шерстяной варежкой и т. д., потому что такие мероприятия могут дать повреждение кожи с последующим инфицированием тканей.

Первая помощь: кожу обтирают спиртом; для восстановления кровообращения делают осторожный массаж рукой в стерильной резиновой перчатке, смазав отмороженный участок спиртом. Массаж должен быть нежным, и его можно усилить только после появления признаков восстановления кровообращения. При первой помощи до восстановления кровообращения отмороженную часть тела согревают в теплых ваннах (35—37°), сопровождая согревание легким массажем, тепло укутывают, дают внутрь теплое питье.

После восстановления кровообращения (покраснение и потепление) кожу обрабатывают спиртом и накладывают асептическую повязку с большим количеством ваты (утепление).

Лечение проводят различно, в зависимости от степени отморожения. Основная задача — предупреждение развития инфекции.

Лечение отморожений первой степени — перевод больного в теплое помещение, мазевые повязки.

При отморожении второй степени после обработки кожи спиртом пузыри полностью удаляют, сгусток фибрина слегка просушивают марлей и иа 5—10 дией накладывают асептическую повязку.

При отморожениях второй, третьей и четвертой степени задача лечения заключается в предотвращении иифекции, для чего вводят противостолбнячную сыворотку, прорезают пузыри при условии соблюдения строжайшей асептики, накладывают сухие асептические повязки, повязки из эмульсии стрептоцида и др. Участки ткани с гангренозными поражениями смазывают йодной настойкой. Боли уменьшают с помощью наркотиков и суховоздушных ваин. Для улучшения кровообращения пострадавшие конечности приподнимают (подвешивают). При осложнении инфекцией и для предупреждения ее — сульфаниламидные препараты и пеиициллин.

При отморожениях третьей и четвертой степени на конечностях раскрывают некротические ткани (иекротомия) или иссекают их (некрэктомия). При наличии демаркации и улучшения кровообращения выше места омертвеиия производят ампутацию.

Профилактика. Для предупреждеиия отморожений имеет громадное значеиие закаливание организма, повышающее способность организма противостоять охлаждению. Предупреждает отморожения соответствующая теплая одежда, хорошо пригнаиная (иеузкая) обувь, которая не должна пропускать влагу. Уменьшает опасность отморожения калорийное питание, содержащее достаточное количество белков, углеводов и жиров.

ПАНАРИЦИЙ (PANARITIUM). Гнойное воспаление пальцев кисти вызывает инфекция, проникающая при повреждениях, ранах, уколах, трещииах, занозах, маникюре и т. п. В начальной стадии панариций чаще всего представляет флегмону подкожной клетчатки пальцев, которая состоит из плотных соединительнотканных тяжей, идущих от поверхности кожи в глубину к надкостнице или сухожильному влагалищу. Между этими прилегающими друг к другу волокнами располагается жир (жировые дольки). Образовавшийся гнойиый выпот заполняет пространства между тяжами соединительиой ткани, и увеличение его давления является причииой напряжения тканей и жестоких болей. Такое строение препятствует свободному распространению гноя, наступает омертвение клетчатки и поражение фаланги или сухожильного влагалища. При легких формах гнойный процесс протекает в толще между эпидермисом и сосочковым слоем, отслаивая эпидермис и образуя пузырь.

Панариций кожный (panaritium cutaneum). Симптомы и течение. Гнойный процесс развивается между поверхностным слоем (эпидермисом) и сосочковым слоем кожи. Эпидермис отслаивается, образуется пузырь; его содержимое — желтый гной или мутная кровянистая жидкость. Гнойные пузыри могут сопровождаться тяжелыми лимфангоитами. Чаще всего эта форма встречается на концах пальцев руки даже после иезначительиых повреждеиий.

Лечеиие. Вскрытие пузыря, после чего срезают весь отслоенный эпидермис. После удалеиия пузыря накладывают повязку с индифферентной мазью или эмульсией стрептоцида.

Панариций костный (panaritium ossale). Развивается самостоятельно или при переходе процесса на кость при других формах панариция.

Симптомы и течение. Жалобы иа жестокие пульсирующие боли. Область фаланги припухает. Температура повышается. Краснота может отсутствовать. Палец слегка согнут в соседнем с фалангой суставе. В дальнейшем гной прорывается (чаще иа вершине пальца). Из образовавшегося свища после прорыва гноя выпирают грануляции. При зондировании можно обнаружить изъедеиную кость. Фаланга может выделиться в виде секвестра.

Лечеиие. Вскрытие гнойного очага. При секвестрировании секвестр фаланги удаляют.

Панариций ногтевой (panaritium unguis) представляет собой форму подкожного панариция в околоногтевом или ногтевом ложе. Входными воротами инфекции служат заусеницы, занозы, повреждения при маникюре.

Симптомы и течение. Различают онихию (воспаление ногтевого ложа) и паронихию (воспаление тканей, окружающих ноготь). При паронихии находят припухлость и красноту на ногтевом валике, при давлении на который больные жалуются на резкую боль. Боли и воспалительные явления увеличиваются при переходе гнойного процесса под ноготь, через который может просвечивать гной. Гной, прорвавшись сбоку или со стороны ложа ногтя, оставляет углубление, в котором развиваются грануляции.

Лечение. Ранний разрез. При наличии гноя под ногтем — частичное или полное удаление ногтя. В самом начале можно применять теплые ванны, спиртовые компрессы (50°) и мазевые повязки.

Панариций подкожный (panaritium subcutaneum). Симптомы и течение. Гной находится в подкожной клетчатке, на ногтевой или срединной фаланге. Больные жалуются на пульсирующую боль. Палец отечен, гиперемирован, находится в полусогнутом положении. Краснота и припухлость распространяются на тыл кисти, где припухлость менее болезненна. В благоприятных случаях гной прокладывает путь через кожу. В более тяжелых случаях гнойный воспалительный процесс может распространиться на кость (костный панариций) и сустав (суставной панариций) или на сухожильное влагалище, а также на тыл кисти и ладонь, вызвав флегмону ладони. Панариций сопровождается иногда высокой температурой (до 39—40°).

Распознавание. Производится на основании анамнеза, жалоб больного на пульсирующие боли и боли при давлении на ограниченном участке. Дифференцировать от тендовагинита (симметричность расположения припухлости по ходу сухожилия, резкая болезненность при попытках разогнуть палец).

Лечение. Ранний разрез (обязательно обезболивание) еще в стадии инфильтрации, не дожидаясь формирования гнойника (оперативное вмешательство должен производить хирург). После операции в рану вводят полоску марли (можно с мазью) и накладывают повязку на 2—3 дня. В дальнейшем повязки и полоски марли меняют.

Панариций суставной (panaritium articulare). Возникает в результате перехода гнойного процесса при костном панариции или воспалении сухожилия, в некоторых случаях от травмы (костная рана).

Симптомы и течение. Резкие боли, усиливающиеся при движении в суставе. В дальнейшем движения становятся невозможными. Палец находится в полусогнутом положении. При давлении или потягивании за палец боли усиливаются. Сустав опухает. Патологическая подвижность указывает на разрушение боковых связок.

Лечение. Необходимы разрезы со вскрытием полости сустава.

При значительных разрушениях костей пальца приходится прибегать к ампутации.

При всех видах панариция можно применять пенициллинотерапию.

Профилактика. Правильное оказание помощи при мельчайшем травматизме, уход за руками с ликвидацией трещин кожи, заусениц. Для предупреждения перехода на кость, сухожилия, суставы — правильное лечение подкожного панариция с ранним оперативным лечением.

ПАНКРЕАТИТ (PANCREATITIS). Воспалительный процесс в поджелудочной железе. Вызывается инфекцией или застоем секрета и ведет к кровоизлияниям в железе и некрозу ткани железы. Нередко панкреатит развивается как осложнение желчнокаменной болезни, иногда у больных, страдающих ожирением, вслед за принятием обильного количества пищи и употреблением алкоголя.

Симптомы. Различают острый (геморрагический, серозный и гнойный), подострый и хронический панкреатит. Геморрагический панкреатит сопровождается геморрагическим выпотом и появлением белых бляшек на брюшине.

Острый панкреатит развивается при картине острого живота, напоминающей кишечную непроходимость. Характерны жестокие боли в животе и спине, тяжелое общее состояние, нарастающая интоксикация, цианоз, падение пульса, рвота, вздутый напряженный живот, задержка стула и газов, лейкоцитоз. В течение одних-двух суток заболевание заканчивается летальным исходом.

Для хронического панкреатита характерны неопределенные боли в брюшной полости, иногда прощупываемая болезненная, плотная опухоль, соответственно положению железы. Нередки периодические обострения.

Распознавание. Распознавание заболевания трудное, но его можно облегчить путем определения диастазы в моче (увеличение).

Лечение. Немедленная госпитализация при подозрениях на острый панкреатит. При хронических панкреатитах — тепло, глюкоза с инсулином, антибиотики. Диета с исключением жиров и ограничением белков.

ПАРАНЕФРИТ (PARANEPHRITIS). ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ. Возникает вследствие попадания инфекции (стафилококк, кишечная палочка, стрептококк) либо гематогенным путем или из другого гнойного очага (фурункул, карбункул, остеомиелит, панариций, ангина), либо непосредственно с соседних тканей и органов, либо через лимфатические сосуды и после гнойного заболевания почки (инфицированные камни почек, пионефроз, карбункул почки), а также при предшествующих заболеваниях червеобразного отростка, плевры и т. п.

Симптомы и течение. Болезнь начинается остро — ознобом, повышением температуры. Вначале боли могут отсутствовать, в дальнейшем появляются в почечной области. Брюшная стенка может быть напряжена. Ощупывание области почек болезненно. Появляется симптом Пастернацкого. Иногда не совсем ясно прощупывается как будто увеличенная и болезненная почка, в действительности же инфильтрат. Переход гнойного процесса на фасцию подвздошно-поясничной мышцы характеризуется сведением ноги в тазобедренном суставе.

Распознавание. Гной в моче (при паранефрите почечного происхождения); пиелография, хромоцистоскопия и рентгеноскопия помогают распознаванию.

Лечение. В большинстве случаев оперативное. В легких случаях — грелки, компрессы. Стрептоцид, пенициллин.

ПАРАПРОКТИТ (PARAPROCTITIS). ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ОКОЛО ПРЯМОЙ КИШКИ. Инфекция попадает в клетчатку заднего прохода через раны, трещины, ссадины кожи около заднего прохода или на слизистой оболочке прямой кишки.

Образующиеся около прямой кишки гнойники вскрываются наружу вблизи заднего прохода или в прямую кишку или одновременно и наружу, и в кишку.

Симптомы и течение. Жалобы на боли при испражнении и запоры. Повышение температуры. Около заднего прохода болезненная припухлость. Образующиеся после самопроизвольного вскрытия свищи вызывают боль при испражнении и загрязняют белье.

Лечение. Раннее оперативное вскрытие инфильтрата или сформировавшегося гнойника. До сформирования гнойника — очищение кишечника слабительными (касторкой, английской солью), пенициллин, грелки. При болях — подкожно наркотики (морфин, пантопон), микроклизмы или свечи с пантопоном (0,02 г).

Для задержки стула в первые 5—6 дней после операции — настойка опия по 5—8 капель 3 раза в сутки.

ПАРАФИМОЗ см. *Фимоз.*

ПАРОНИХИЯ см. *Панариций.*

ПАРОТИТ ГНОЙНЫЙ (PAROTITIS PURULENTA). ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЗАУШНИЦА). Вызывается гнойными микробами (стафилококками и стрептококками), попадающими из полости рта по слюнным протокам (возможно, и по кровеносным сосудам). Нередко является осложнением тифов (особенно сыпного) и после операции у тяжелых хирургических больных. Развивается при плохом уходе, особенно если больному по характеру заболевания или операции в течение нескольких дней не дают пищу через рот (больные с заболеваниями желудка).

Симптомы. Боли в околоушной области, затруднение при открывании рта, болезненная плотная припухлость в околоушной области, оттопыривающая мочку уха, повышение температуры, ухудшение общего состояния, лейкоцитоз.

Профилактика. Уход за полостью рта у тяжелых инфекционных и послеоперационных больных. При запрещении есть — мнимое кормление (жевание сухаря с последующим его выплевыванием), способствующее усиленному отделению слюны и очищению полости рта и препятствующее проникновению инфекции по слюнным протокам.

Лечение. Пенициллин, местно — кварц. Поднятие общего питания введением глюкозы внутривенно, подкожно и в клизмах. При отсутствии рассасывания в течение 2—3 дней больной подлежит операции.

ПЕРЕЛОМЫ (FRACTURAE). Переломы трубчатых костей. Различают травматические и патологические переломы (разрушение кости инфекционным процессом или опухолью, значительно уменьшающей ее прочность). Возникают при сгибании кости, превышающем пределы ее эластичности; сдавлении кости; отрыве кости вследствие натяжения сухожилия; скручивании кости и ее раздроблении. Перелому подвергается кость в месте травмы (прямой перелом) и на значительном удалении (непрямой перелом). Различают переломы поперечные, косые, спиральные, вклиненные, компрессионные и оскольчатые.

Симптомы. Боль в момент травмы и после нее и невозможность пользоваться поврежденной конечностью, ограничение подвижности или полная ее неподвижность. Припухлость в области перелома, кровоподтеки, изменение конфигурации и оси конечности, укорочение ее, неестественная подвижность на протяжении кости. Обследование больного с переломом производится очень осторожно. Рентгенологическое исследование дополняет клиническое обследование и уточняет диагноз.

Течение. Срок образования костной мозоли различен, в зависимости от возраста и состояния больного, размера кости и правильности стояния отломков; от 15 дней для мелких костей до $2^1/_2$—3 месяцев при переломе диафиза бедра. При огнестрельных переломах нередко развитие анаэробной или гнойной инфекции с прогрессирующим флегмонозным процессом. Внедрение инфекции в кость вызывает остеомиелит с образованием секвестров, свищей и переходом процесса в хроническое состояние.

Лечение. Первая помощь: при закрытых переломах — осторожное установление отломков в правильное положение и наложение шинной повязки; при открытых переломах — наложение асептической повязки после смазывания кожи в окружности повреждения йодной настойкой с последующей шинной повязкой; торчащий отломок вправлять нельзя, так как вместе с ним в глубину раны может быть занесена инфекция. Больные подлежат операции; отломок вправляют лишь после соответствующей обработки его во время операции.

Первая помощь при огнестрельных переломах — наложение повязки для защиты раны от инфицирования, остановка кровотечения, временная иммобилизация (шинная повязка) и доставление пострадавшего в хирургическое учреждение. Лечение начинают с первичной обработки раны: рану мягких тканей широко раскрывают, удаляют инородные тела (пули, осколки костей, не связанные с надкостницей). После операции — иммобилизация гипсовыми повязками или вытяжение. В некоторых случаях

фиксация костей производится введением металлических штифтов (металлосинтез). В дальнейшем нередко требуются вторичные оперативные вмешательства по поводу затеков, вторичных кровотечений, а иногда и ампутация конечности. Цель лечения — добиться прочного правильного сращения костных отломков с сохранением полной функции конечности. Основные моменты лечения — установка отломков в правильное положение (репозиция) и удержание их в таком положении до наступления сращения.

Вправление значительно облегчается расслаблением мышц. Обычно такое положение получается, если периферический отломок переместить по оси центрального. Репозицию производят, потягивая за периферический отрезок конечности при фиксации центрального конца помощниками. Вправление производят под местной анестезией 2% раствором новокаина (в область перелома), тщательно соблюдая асептику. Вправление отломков может быть произведено и длительным вытяжением конечности.

Для различных переломов приходится применять различные методы лечения: гипсовые повязки, шины и вытяжение, смотря по месту и характеру перелома. Прн всех способах необходимо иметь в виду возможность двнженнй в суставах при полиой и беспрерывной неподвижности хорошо вправленных отломков.

Переломы ключицы. Происходят в результате прямых и косвенных насилий, при падении на руку и т. п. В большинстве случаев переломы возникают или в средней трети, или на границе между средней и наружной третью.

Смещение отломков при переломах в средней трети: центральный отломок смещается кверху и кзади (действие грудино-ключично-сосковой мышцы), периферический отломок оттягивается тяжестью верхней конечности вниз, а действием большой и малой грудной мышц — несколько вперед; при этом отломки сокращением подключичной мышцы сближаются по оси и заходят один за другой.

Лечение. Для установки в правильное положение отломков приподнимают плечо, оттягивают его кзади и затем фиксируют повязками. Можно применять мягкую повязку с отведением плеча кзади в виде двух колец, наложенных на область плечевых суставов и стянутых сзади эластической тягой (резиновая трубка).

При таком положении периферический отломок ключицы приближается к внутреннему отломку. Повязку или шину надо держать до 30 дней. Хорошие результаты получаются при репозиции отломков иа шине Кузьминского (ЦИТО), которая в то же время является и лечебной шиной.

Переломы ребер. Наблюдаются в результате ударов, ушибов, сдавленнй грудной клетки. Бывают одиночные и множественные. Наиболее часты переломы V—VIII ребер; XI и XII ребра иередко ломаются при падении на какой-нибудь выдающийся предмет. При переломе ребер плевра и легкое могут быть повреждены концами переломленных ребер; при этом образуется пневмоторакс, гемоторакс, подкожная эмфизема.

Симптомы и течение. Колющая боль при дыхании, кашель. Больная сторона грудной клетки отстает при дыхаиии от здоровой. При ощупывании ребер болезненность по ходу ребра и в месте перелома.

При раиеиии легкого может появиться кровавая мокрота. При подкожной эмфиземе — крепитация.

Лечение. Для уменьшения дыхательных экскурсий грудной клетки накладывают тугую повязку (бинтом, полотенцем). Для уменьшения болей в область перелома впрыскивают 2% раствор новокаина и опрыскивают соседние межреберья 0,25—0,5% раствором иовокаина; назначают морфин, кодеин, пантопон. При явлениях даже нерезко выраженного плеврального шока иеобходимо сделать на стороне повреждения ваго-симпатнческую блокаду по А. В. Вишиевскому. Вместо тугой повязки накладывают липкопластырные полосы от грудины до позвоночника таким образом, чтобы предыдущий ход липкого пластыря наполовину заклеивался

последующнм (прнблнзнтельно накладывают 6—10 полос). Больному прндают полуснднчее положенне.

Переломы костей черепа. Наблюдаются в результате ушнбов головы. Различают закрытые н открытые переломы. По форме переломы черепа делятся на переломы: 1) в внде трещнн; 2) с осколкамн — с внедреннем нлн без внедрення нх в мозг; 3) дырчатые с потерей костн.

С н м п т о м ы н т е ч е н н е. Явлення сотрясення мозга, боль, кровоизлняние. Могут наблюдаться парезы н паралнчн (напрнмер, прн вдавленнн осколков нлн образованнн гематом над твердой нлн под твердой мозговой оболочкой) н повышенне внутрнчерепного давлення. Прн ощупываннн получается ощущенне вдавлення, подвнжность осколков. Для переломов основання черепа характерно кровотеченне нз иоса н нз наружного слухового прохода. Кровоподтек указывает: 1) в области глаза — на поврежденне передней черепной ямы; 2) в зеве — на поврежденне передней н задней черепной ямы; 3) в области сосцевндного отростка — на поврежденне задней черепной ямы. Иногда наблюдаются разрывы барабанной перепонкн. Могут наблюдаться н повреждення черепномозговых нервов. Возможны осложнення: абсцесс мозга, остеомнелнт.

Л е ч е н н е. Покой. Борьба с явленнямн сотрясення мозга *(см.)*. Горнзонтальное положенне. Для понижения внутрнчерепного давлення внутрнвенно вводят гнпертонннческне растворы 40% глюкозы (20—40 мл) н 5—10% Sol. Natrii chlorati (30—50 мл). Прн паденнн пульса — впрыскнванне сердечных средств (кофенн, камфара и т. п.). Больного направляют в больннцу. Прн переломах основання черепа голова должна быть слегка прнподнятой. Не следует промывать слуховые проходы н нос. Тампонаду носа можно делать лншь прн снльном кровотеченнн.

Прн переломах основання черепа профнлактнческн прнменяют пеннцнллнн. Прн переломах свода черепа н сдавленнн мозга необходнмо произвести трепанацию.

ПЕРИОСТИТ (PERIOSTITIS). ВОСПАЛЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ. Наблюдается нередко после ушнбов. Прн прнсоедннеиии инфекцнй развивается гнойный периостнт. Хроннческнй перноститт — часто как следствне н проявленне третнчного снфнлнса.

С н м п т о м ы н т е ч е н н е. Наиболее часто перностнт наблюдается и прн ушнбах голени, и прн переходе воспалнтельного процесса с зуба на надкостннцу. Болн на огранненном участке костн, прнпухлость. Прн нагноеннн — краснота, повышенная температура, флюктуацня.

Л е ч е н н е. Прн остро протекающем перностнте — тепло, покой, антибнотнкн. Прн образованнн гнойннка — вскрытне. При перностнте на почве снфнлнса — протнвоснфнлнтнческое леченне.

ПЕРИТОНИТ (PERITONITIS). ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ. Возникает прн переходе гнойных воспалительных процессов с другнх органов (аппендицит, перфорация язв желудка н кншок, непроходнмость кншок), прн попаданнн инфекцнн в момент ранення, во время операцнн, путем метастаза прн ангнне, гнойных процессах н пр.

С н м п т о м ы н т е ч е н н е. Пульс частый, малый. Больные жалуются на нкоту, срыгнванне, затем появляется рвота.

Жнвот вначале напряжен, а затем резко вздут (паралич кншечннка). Нередко нмеется затрудненне мочеиспускання, жажда. Острая боль в животе в начале заболевания. Прн ощупываннн весь жнвот чувствнтелен, но наиболее снльная болезненность — в области входных ворот инфекцнн (правая подвздошная область прн аппендицнте, подложечная область прн перфорацнн язв желудка н т. д.); напряженне мышц брюшной стенкн (защита мышц), прн огранненных перитонитах выявляющееся над местом нсходного пункта нифекцнн. Измененне артернального давлення, выражающееся в медленном сниженнн максимального давлення н повышеннн минимального. Снмптом Щеткина-Блюмберга (боль усилнвается при отннманнн руки после легкого давления прн ощупываннн живота).

Урчания не слышно (отсутствие перистальтики). Газы не отходят. Дыхание поверхностное, а затем затрудненное вследствие метеоризма и высокого стояния диафрагмы. В тяжелых случаях (конечная стадия) расстройство дыхания наступает также и вследствие токсического воздействия на дыхательный центр. В результате токсикоза в моче появляется белок, цилиндры, индикан, возникает желтуха.

В связи с потерей большого количества жидкости и расстройством кровообращения глаза западают, нос заостряется. Кожа покрывается холодным потом, язык сух, появляется цианоз, сознание затемняется и, наконец, теряется. Перед потерей сознания у больных наблюдается возбуждение (эйфория).

Распознавание. При подозрении на перитонит к впрыскиванию морфина прибегать не следует. При дифференциальном диагнозе нужно иметь в виду напряжение мышц при воспалении легких и диафрагмальном плеврите.

Лечение. Немедленная операция, за исключением некоторых форм перитонита (пневмококковой и гонококковой). Одновременное введение больших количеств жидкости внутримышечно и внутривенно (физиологический раствор, 5—10% раствор глюкозы), переливание плазмы, введение кровозамещающих жидкостей. Сердечные средства и антибиотики (по обычным схемам). В послеоперационном периоде хорошие результаты дает переливание крови. Для возбуждения перистальтики подкожно вводят прозерин (0,5—1 мл 0,05% раствора). В послеоперационном периоде при парезах желудочно-кишечного тракта рекомендуется промывание желудка или постоянное отсасывание желудочного содержимого через тонкий зонд.

Профилактика. Предупреждением перитонита в большинстве случаев будет правильное и своевременное лечение тех заболеваний, которые осложняются перитонитом.

При ранении брюшной полости это будет раннее оперативное лечение; при перфорациях, например, язвы желудка — оперативная ликвидация перфорации; при воспалительных процессах, например при аппендиците — своевременное оперативное удаление больного отростка и т. д. Таким образом, своевременная диагностика и правильное и своевременное хирургическое лечение могут предупредить в громадном большинстве случаев развитие перитонита.

ПИОНЕФРОЗ (PIONEPHROSIS). Гнойное заболевание почки. Почка при пионефрозе увеличена в объеме, бугриста, на разрезе представляет вид мешка с полостями, заполненными гноем и мочой.

Симптомы. Различают две формы: открытую и перемежающуюся. При первой форме — отток мочи и гноя свободен. Моча гнойная. Температура нормальна или несколько повышена. Больные жалуются на головные боли, сухость во рту. Кожа бледна. Увеличение в крови количества остаточного азота. Иногда появляются постоянные тупые боли и тяжесть в пояснице. При перемежающемся пионефрозе периодически происходит закупорка гноем мочеточника. Моча становится прозрачной, но состояние больного ухудшается. Повышается температура, усиливаются боли (характера колик), увеличивается лейкоцитоз. Далее температура падает до нормы, боли исчезают, общее состояние улучшается, но моча вновь становится гнойной.

Распознавание. Почка увеличена в объеме, болезненна. Симптом Пастернацкого выражен резко. Моча мутная, нередко щелочной реакции.

Лечение. При одностороннем пионефрозе показано оперативное вмешательство. При двустороннем пионефрозе применяют симптоматическое лечение: ванны, диета, внутривенное введение хлористого кальция (5 мл 10% раствора через день), пенициллинотерапия.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЗАКРЫТЫЕ. Наблюдаются при ударах в живот, падении с высоты, сдавлении органов брюшной полости колесом, буферами и т. д.

Симптомы. При разрыве паренхиматозных органов и внутреннем кровотечении — шок в момент травмы (головокружение, слабость, жажда, помрачение сознания, ослабление и учащение пульса, нарастающее падение артериального давления, резкая бледность); болезненность и напряжение брюшной стенки (особенно резко выражены при повреждении печени), симптом Щеткина-Блюмберга — боль при быстром отнимании руки, надавившей на брюшную стенку, притупление в отлогих местах брюшной полости.

При повреждении кишечника — шок в момент травмы, сильные, нестихающие боли в полости живота, рвота, разлитое мышечное напряжение, живот втянутый, доскообразный, твердый, в дыхании не участвует; симптом Щеткина-Блюмберга.

Лечение. Срочная операция в обоих случаях; остановка внутреннего кровотечения *(см.)*.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА. Различают: 1) растяжение и разрывы связок; 2) повреждение межпозвоночных дисков (хрящей); 3) подвывихи и вывихи позвонков; 4) переломы (тел, дужек, остистых и поперечных отростков).

При повреждении позвоночника мозг может быть сдавлен или разрушен отломками кости, а при открытых повреждениях — инородным телом (пулей). Различают переломы позвоночника без нарушения и с нарушением целости спинного мозга.

Симптомы и течение. Диагноз перелома позвоночника ставится на основании клинических и рентгенологических данных исследования. В месте повреждения обнаруживают боль и выбухание; в тяжелых случаях — резкое искривление (кифоз) позвоночника. При изолированном переломе остистого отростка — локализованная болезненность по средней линии. При переломе поперечных отростков — резкая боль при давлении на поврежденный отросток на 2—3 поперечных пальца от средней линии, напряжение мышц. Больной щадит больную сторону при движении; резкая болезненность при нагибании тела в противоположную сторону.

Распознавание. Повреждения шейных сегментов (III, IV и V) вызывают остановку дыхания и смерть; повреждения на уровне шейного и поясничного утолщения — тяжелые параличи и расстройства функции мочевого пузыря и прямой кишки. При повреждениях с полным перерывом спинного мозга — расстройство иннервации, трофические расстройства, пролежни (в области крестца, пяток, локтя, лопаток); задержка мочи и последующее развитие цистита; задержка стула (парез кишечника, парез брюшной стенки) и метеоризм. К этом расстройствам легко присоединяется инфекция (пролежни, флегмоны, остеомиелиты, пиелиты, воспаления легких и т. п.).

Диагноз подтверждается рентгеновским снимком.

Лечение. Действие кишечника регулируют клизмами и дачей слабительных. Вытяжение на жесткой койке с деревянным щитом; головной конец кровати поднимают и под ножки подкладывают специальные подставки или 2—3 кирпича (высота подъема 35—50 см). Вначале легкая гимнастика, а затем более сложные упражнения. Оперативное лечение показано для освобождения спинного мозга от сдавления отломками дужек и инородными телами. Для эвакуации на далекое расстояние больных укладывают в гипсовую кроватку. При задержке мочи — катетеризация при условии соблюдения строжайшей асептики.

Профилактика пролежней. Поддержание чистоты: места, где могут образоваться пролежни, протирать спиртом.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД. Для предупреждения осложнений необходим тщательный уход и наблюдение за больным. Для улучшения сердечной деятельности и для предупреждения легочных осложнений после тяжелых операций применяют 20% камфарное масло по 2 мл несколько раз в сутки, кофеин, дигален-нео, эфедрин (1 мл 5% раствора).

При затрудненном дыхании, синюшности — вдыхание углекислоты через катетер, вводимый в ноздрю на 10—15 секунд (несколько вдохов), затем перерыв и снова вдыхание углекислоты, так повторяют несколько раз; вводят 1 мл 1% раствора лобелина под кожу. При параличе кишечника и метеоризме после брюшных операций — газоотводная трубка, сифонные клизмы, 1 мл 0,1% раствора атропина; 1 мл 0,05% раствора прозерина под кожу; внутрь — карболен. При болях в первые дни после операции — наркотики (морфин, пантопон). Во избежание пролежней места постоянного давления (крестец, лопатки, области остистых отростков, гребешки подвздошных костей) протирают спиртом. При задержке мочи ставят грелку и дают уротропин по 0,5 г три-четыре раза в день. При невозможности питания больного и введения достаточного количества жидкости через рот вливают подкожно или внутривенно до 2000—4000 мл физиологического раствора или 5% раствора глюкозы в сутки; те же растворы можно вводить в виде капельных клизм. В послеоперационном периоде при парезах желудочно-кишечного тракта рекомендуется промывание желудка или постоянное отсасывание желудочного содержимого через тонкий зонд.

ПОЧКА БЛУЖДАЮЩАЯ, ПОДВИЖНАЯ (REN MOBILIS). Наблюдается в результате исхудания и иногда под влиянием травмы, преимущественно у женщин. Основной симптом — боли в пояснично-подвздошной области, обычно возникающие при физической работе, ходьбе, при вертикальном положении туловища и исчезающие при его горизонтальном положении. Боли иррадиируют в пах, половые органы и ногу. В некоторых случаях происходит перегибание мочеточника, вследствие чего возникает приступ почечной колики. Количество выделяемой мочи во время приступа уменьшается. В моче немного белка и повышенное содержание лейкоцитов. Функция почки не нарушена. Распознавание подтверждается исследованием рентгеновыми лучами. Смещение почки иногда сопровождается диспепсическими явлениями и запорами.

Нередко болезнь осложняется пиелитом. Диагноз ставится на основании пальпации и анамнеза.

Л е ч е н и е. Консервативное — ношение бандажа, усиленное питание; запрещение тяжелой физической работы. Оперативное лечение.

ПОЧКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ. Наблюдаются при ударах, ушибах поясничной области или подреберья. В результате наступает разрыв ткани почки (трещины, надрывы, проникающие в лоханку) или отрыв отдельных частей почки.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Боли в области почки, иногда припухлость в поясничной области. Основной симптом — обильная кровь в моче или небольшие следы ее. Количество мочи в случаях разрыва лоханки уменьшено.

Л е ч е н и е. Вначале покой, лед, наркотики (морфин), пенициллин. В более тяжелых случаях — операция. При огнестрельном ранении (кровь в моче, выделение ее через рану) — хирургическое лечение.

ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОСПАЛЕНИЕ. ПРОСТАТИТ (PROSTATITIS).

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. При катаральном простатите — учащение и болезненность мочеиспускания. На ощупь простата несколько чувствительна; в моче умеренное количество гноя. При фолликулярной форме эти симптомы выражены резче, в области промежности ощущается жар, в моче значительная примесь гноя, в железе иногда можно прощупать узелки. При паренхиматозном простатите — повышенная температура (до 39° и больше), общие лихорадочные явления, боли в промежности, усиливающиеся при дефекации, мочеиспускание частое, болезненное, иногда задержка мочи. Абсцесс может вскрыться в мочеиспускательный канал, в кишку или на промежность.

Л е ч е н и е. Борьба с основным заболеванием (гонорея). В острых случаях — пенициллин, постельный режим, послабляющие, сидячие ванны,

наркотики; при абсцессе — вскрытие. При хронических простатитах — массаж простаты.

ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГИПЕРТРОФИЯ (HYPERTROPHIA PROSTATAE). В возрасте около 60 лет и старше у мужчин нередко появляется нарушение акта мочеиспускания, зависящее от увеличения предстательной железы или ее части, которая вызывает нарушение оттока мочи из пузыря.

Симптомы и течение. Различают три стадии заболевания. Первая стадия — расстройства мочеиспускания (учащение, особенно по ночам); больной тужится при мочеиспускании, струя мочи вялая, прерывистая. После окончания мочеиспускания при катетеризации в пузыре оказывается 20—30 мл мочи (остаточная моча). Вторая стадия — количество остаточной мочи до 500—600 мл, ощущение неопорожненного пузыря, учащение мочеиспускания, постепенное уменьшение выводимой мочи. Для третьей стадии характерно такое растяжение пузыря, что больной не в состоянии мочиться, и моча выделяется по каплям, непроизвольно; наблюдается полная задержка мочи, тошнота и рвота.

Лечение. Предупреждением запоров, исключением из пищи острых блюд и употребления алкоголя удается улучшить самочувствие больного в ранних стадиях гипертрофии. Применяется 40% раствор уротропина 5—10 мл внутривенно, отвар медвежьего ушка. При задержке мочи необходимо местное применение тепла (сидячая ванна, грелки на область пузыря и промежность). При безрезультатности этих мероприятий — катетеризация с особо тщательным соблюдением асептики. Катетеризацию производят резиновым катетером, а при невозможности его проведения — шелковым катетером со специальным изгибом и лишь в крайнем случае очень осторожно металлическим более толстым катетером, так как он легко может создать ложный ход. При получении хотя бы капли крови катетеризацию прекращают и мочу спускают пункцией пузыря. При остаточной моче — систематическая катетеризация с промыванием пузыря; при остаточной моче 200—300 мл — катетеризация один раз в сутки (перед сном); при большом количестве остаточной мочи — катетеризация два раза в сутки. При отсутствии улучшения — оперативное лечение. Общее укрепляющее лечение.

ПРОБОДЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. Гангрена пузыря с последующим прободением — осложнение острого холецистита. Прободение сопровождается явлениями шока и развитием последующего перитонита; боли и защитное напряжение мышц вначале локализуются в правом верхнем квадранте, а затем распространяются на всю правую половину и на весь живот.

Лечение. Срочная операция.

ПРОБОДЕНИЕ КИШЕЧНИКА. Встречается при туберкулезных, брюшнотифозных (начиная с 3-й недели) и других язвах кишечника, при инородных телах и воспалительных процессах.

Симптомы. Боли в животе, напряжение мышц по всему протяжению брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга, падение пульса, рвота, тяжелое общее состояние. У истощенных, тяжелых брюшнотифозных больных симптомы мало выражены, может отсутствовать напряжение мышц брюшной стенки.

Лечение. Срочная операция.

ПРОБОДЕНИЕ ПИЩЕВОДА (PERFORATIO OESOPHAGI). Обычно встречается как осложнение при острых инородных телах пищевода, а также при оперативных вмешательствах при удалении инородных тел.

Течение. Воспалительный процесс в окружности пищевода, затем медиастинит *(см.)*.

Симптомы. Резкие загрудинные боли и боли в спине, затруднение и болезненность глотания, повышение температуры (до 38—39°), лейкоцитоз, тяжелое общее состояние вследствие нарастающей интоксикации,

учащение и падение пульса. Болезненность и припухлость на шее, нередко с появлением подкожной эмфиземы.

Лечение. Срочная операция. Устранить глотание через рот до операции.

ПРОЛЕЖЕНЬ (DECUBITUS). Возникает у слабых больных на местах костных выступов, подвергающихся постоянному давлению при лежании.

Симптомы и течение. Сдавленное место краснеет и синеет, лишается чувствительности и покрывается черным струпом, который медленно отторгается с образованием язвенной поверхности.

Лечение. Мазевые или сухие стерильные повязки, ванны, движение в постели. Освещение кварцевой лампой (эритемная доза).

Профилактика. Мягкая, часто сменяемая подстилка; ежедневное протирание спиртом опасных для пролежней мест.

ПСЕВДОАРТРОЗ. см. *Ложный сустав.*

РАЗРЕЗ ГНОЙНИКА (INCISIO). Сущность операции при гнойных процессах состоит в разрезе. Разрез производят брюшистым или остроконечным скальпелем. Волосы на коже в области разреза сбривают, операционное поле смазывают йодной настойкой, моют и производят местную инфильтрационную анестезию 0,25—0,5% раствором новокаина, иногда дают наркоз. Разрез делают достаточно широким, скальпель держат, как писчее перо, как столовый нож или как смычок, делают разрез обычно слева направо, следя за тем, чтобы на всем протяжении он был одинаковой глубины. Лучше производить разрезы не сразу на всю глубину, а послойно: сначала кожи, затем подкожной клетчатки, фасций, апоневрозов, мышц и т. д.

При поверхностных разрезах после прокола абсцесса скальпелем расширяют разрез в стороны тупым путем или острым (ножницы, скальпель). При глубоких абсцессах после разреза кожи во избежание повреждения сосудов и нервов в глубине, особенно при наличии отечных инфильтрированных тканей и возможного изменения топографии (смещение сосудисто-нервного пучка), ткани раздвигают в глубине тупым путем (зондом, закрытыми ножницами). При появлении гноя отверстие расширяют в стороны также тупым путем, внимательно следя за тем, чтобы карманы не остались невскрытыми. При возможном затруднении оттока гноя расширяют разрез или делают контрапертуры и параллельные разрезы. Рана в глубине не должна иметь вид колодца. Она должна быть достаточно широкой, чтобы можно было на глаз захватить кровоостанавливающим зажимом всякий сосуд в глубине, пересечение которого может дать кровотечение.

Направление разрезов. Направление разрезов параллельно складкам кожи на лице и шее, параллельно сосудам и нервам, а иногда по ходу мышц на конечностях. В частности, разрезы в области околоушной железы делают по ходу веточек лицевого нерва, под нижней челюстью — параллельно ее телу; на шее преимущественно делаются поперечные разрезы, особенно кзади от грудино-ключично-сосковой мышцы, где продольные разрезы пересекают кожные шейные нервы. Иногда на шее делают продольные разрезы по переднему краю грудино-сосковой мышцы, по ходу сосудисто-нервного пучка.

В подмышечной области делают продольные разрезы вдоль края большой грудной мышцы (при отведенной руке) или по длине плеча по внутренней его поверхности параллельно сосудисто-нервному пучку.

По наружной поверхности плеча лучше делать спиральный разрез по ходу лучевого нерва. В области локтевого сгиба, предплечья — разрезы продольные, на пальцах — см. *Панариций.*

РАЗРЫВ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА. Причины: ущемление менисков между суставными поверхностями костей при падении на колено или на ноги, резком повороте и т. д.

Симптомы. При травме обычно происходит кровоизлияние в сустав (см. *Гемартроз*) и сгибательная контрактура. При стихании острых явлений, уменьшении или ликвидации выпота остаются боли в области коленного сустава, особенно при неловком повороте или движении. Болезненность соответственно области травмированного мениска.

Лечение. Тугое бинтование колена после травмы. При ущемлении — вправление путем вращения согнутого колена. При частом повторении и упорстве страдания — удаление мениска.

РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЯ. Закрытые разрывы сухожилия происходят на месте перехода его в мышцу и еще чаще на месте прикрепления к кости, с отрывом иногда надкостницы или части кости (отрывной перелом кости). Чаще всего наблюдается разрыв разгибателя ногтевых фаланг руки. После разрыва ногтевая фаланга принимает полусогнутое положение и активно не разгибается.

Лечение. Фиксация фаланги в гипсовой повязке или фиксаторе (4—6 недель), а при разрыве сухожилия в других местах — сшивание.

РАК (CARCINOMA). Первичный рак встречается в органах, где есть эпителий, метастазы — во всех органах без исключения. Наиболее часто поражается желудок, матка, молочные железы, кишечник, пищевод, легкие, кожа и язык. Часто наблюдается распад и изъязвление опухоли. Внешний вид изменяется в зависимости от места и характера развития опухоли: плотный инфильтрат, рубцовое сморщивание органа, язва с плотными, часто подрытыми краями и сальным, грязным, покрытым распавшейся тканью, дном. Опухоль разрушает находящиеся по соседству ткани, давая прорыв из одного органа в другой.

Симптомы и течение. Симптомы разнообразны, смотря по тому, в каком органе развивается рак. Вначале больной не ощущает боли, почему и не обращает внимания на свое заболевание. Нарушение функции органа, общая слабость, исхудание, землистый цвет лица, дряблость и сухость кожи, малокровие. Различают четыре периода: в первом периоде опухоль дает только местные проявления, во втором — распространяется на соседние органы и по лимфатическим путям до ближайших узлов, в третьем имеются отдаленные метастазы в лимфатические узлы и в четвертом — диссеминации и метастазы по кровеносной системе. Длительность — от нескольких месяцев до нескольких лет; более длительно протекают лишь раковые заболевания кожи и молочных желез.

Профилактика. Санитарное просвещение в целях раннего обращения за медицинской помощью, профилактические осмотры тех или иных групп населения старше 30 лет.

Санитарно-просветительная работа по раку. Ознакомление населения:

а) с ранними признаками рака, с особенностями ракового заболевания, с бытовыми и профессиональными моментами, могущими способствовать появлению рака;

б) с болезнями, на почве которых может возникнуть рак (предраковое состояние), мероприятиями по профилактике рака и предраковых состояний (внедрение в массы основных гигиенических знаний по вопросам быта, личной гигиены, гигиены труда, питания и т. д.);

в) с необходимостью своевременного обращения за медицинской помощью и раннего лечения рака современными методами;

г) с задачами общественности в противораковой борьбе и с необходимостью преодоления неправильных представлений у населения о раке.

Главнейшие формы санитарно-просветительной работы по раку:

доклады, лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, выступления на общих собраниях и по радио, индивидуальные беседы с больными в приемном кабинете, в ожидальной, в стационаре, консультация населения по вопросам раннего распознавания рака и о мерах профилактики, систематический инструктаж активистов Красного Креста и Красного Полумесяца и актива здравоохранения.

Санитарно-просветительную работу по возможности надо строить на местном материале: эффективность лечения рано распознанных случаев у местных жителей, местный статистический материал и т. д. Эта работа проводится во всех лечебно-профилактических учреждениях, избах-читальнях, клубах, красных уголках, школах (в старших группах), на общих собраниях, при подворных обходах и т. д.

Кроме профилактических осмотров, необходимы: а) полный охват подозрительных на рак больных и выявленных раковых больных; б) периодические осмотры подозрительных на рак больных; в) своевременная госпитализация больных с ранними формами рака; г) систематические наблюдения за больными, оперированными по поводу опухолей и лечившимися рентгеновыми и радиевыми лучами; д) организация специальных приемов для онкологических больных; е) хорошо организованный учет онкологических больных.

Лечение. Оперативное. Применение лучей Рентгена и радия. Медикаментозное лечение для борьбы с кахексией и кровотечениями из опухолей и для улучшения общего самочувствия. Послеоперационное облучение лучами Рентгена и радия для борьбы с возможно оставшимися клетками опухоли, с метастазами и рецидивами.

Рак грудной железы (cancer mammae). Симптомы и течение. Опухоль, ограниченная участком железы или захватывающая ее полностью, иногда сморщивающая железу и уменьшающая ее объем, нередко отграниченная от ее ткани, спаянная с кожей и глубжележащими тканями; увеличение подмышечных желез. В ранней стадии имеется только незначительное уплотнение, иногда кровянистые выделения из соска.

Распознавание. В поздних стадиях болезни распознавание не представляет затруднений. Иссечение участка железы с последующим ее гистологическим исследованием во всех случаях уточняет диагноз и разрешает вопрос о необходимости более широкой (радикальной) операции по поводу рака молочной железы.

Лечение. Операция с рентгеновским лечением до нее и последующим. В поздних стадиях болезни результаты неудовлетворительные.

Рак желудка (cancer ventriculi). Рак чаще поражает привратниковую часть желудка, область малой кривизны, реже область входа в желудок и редко большую кривизну. Нередко опухоль располагается на задней и передней стенке желудка. Рак желудка возможен на почве каллезной язвы желудка. Дает метастазы (наиболее часто в печень).

Симптомы и течение. Болезнь развивается постепенно и может протекать без всяких признаков. Ранние признаки: долго длящиеся диспепсические явления (чувство переполнения желудка, отрыжка после еды, отвращение к пище, наклонность к рвоте). При опухоли в области привратника появляются признаки сужения его, боль, рвота, отрыжка. При исследовании — расширение желудка; иногда прощупывание опухоли. В дальнейшем: явления сужения становятся более резкими, боли делаются невыносимыми; после принятия пищи — рвота (иногда в виде кофейной гущи), тягостная зловонная отрыжка (тухлыми яйцами); запоры; резкое исхудание. Уменьшение или полное отсутствие соляной кислоты, наличие молочной кислоты.

Лечение оперативное. При неудалимых опухолях — гастроэнтеростомия. В случаях неоперабильных (не подлежащих операции) — симптоматическое лечение: соляная кислота, горечи; при сильных болях — инъекции морфина или пантопона.

Необходим тщательный уход и наблюдение за отправлениями всех органов (за полостью рта, чтобы не образовался стоматит, за кожей, чтобы не было пролежней, и т. д.).

Рак пищевода (cancer oesophagi). Опухоль развивается в начальной части пищевода, на уровне разветвления бронхов и у входа в желудок. В месте опухоли образуется изъязвление. Опухоль дает метастазы по лим-

фатическим путям в околощитовидные, трахеальные, бронхиальные и лимфатические узлы у корня легкого, а по кровеносным путям — в легкие и печень. Опухоль суживает просвет пищевода.

Симптомы и течение. Жалобы на затрудненное глотание сначала твердой, а затем и жидкой пищи. Выпитая жидкость извергается обратно. Больные начинают голодать, худеют, приподнятая в складку кожа расправляется медленно. Иногда больные могут принимать не только жидкую. но и твердую пищу — временное появление проходимости пищевода вследствие распада опухоли. Больные погибают при явлениях раковой кахексии и осложнений: аспирационной пневмонии, кровотечений при распаде сосудов опухоли, медиастинита.

Распознавание. Проводится на основании нарастающего затруднения глотания, возраста больных, похудания. Рентгеноскопия или рентгенография уточняют диагноз.

Лечение. Ранняя операция (резекция пищевода). При зловонии, исходящем от больного при распаде опухоли, дают 1—2% раствор перекиси водорода. Против спазма пищевода — атропин, адреналин 0,1% 5—10 капель. При болях — морфин, хлоралгидрат. Для облегчения страданий назначают морфин. Применяется также лучистая терапия (радий и рентген). При желудочном свище, наложенном для питания, необходимо наблюдать за проходимостью трубки и периодически ее менять. Во избежание раздражения кожу вокруг трубки смазывать жиром.

Рак прямой кишки (cancer recti). К заболеванию предрасполагает застой каловых масс и раздражение ими прямой кишки, а также полипы. Рак дает метастазы в лимфатические узлы малого таза и паховой области, прорастает мочевой пузырь, простату, мочеиспускательный канал, влагалище, матку. В запущенных случаях метастазы бывают в печень, легкие и кости (по кровеносным сосудам) и другие органы.

Симптомы и течение. Растущая опухоль вызывает катар кишки (выделяется слизь, скопление которой ведет к частым позывам на низ). Мучительные тенезмы с выделением крови, гноя (важный признак) и обрывков распавшейся ткани. Гнойные выделения постепенно становятся зловонными. Затруднение акта дефекации; иногда непроходимость кишок, жалобы на тяжесть в животе, вздутие в нижней половине живота. Запоры чередуются с поносом. Больные со временем начинают жаловаться на ухудшение самочувствия, слабость, быстрое утомление, теряют сон, аппетит, бледнеют, теряют в весе; развивается кахексия; вследствие потери крови развивается анемия. Метастазы осложняют состояние больных.

Распознавание. Учитывать возраст: кровотечение из прямой кишки в пожилом возрасте подозрительно на рак; исхудание подтверждает подозрение. Исследование пальцем обязательно во всех случаях заболеваний прямой кишки. При этом прощупывается опухоль в виде плотного образования. Исследовать прямую кишку ректоскопом и взять для исследования кусочек опухоли. Необходимо дифференцировать от плотных тромбированных вен при геморрое и внутренних геморроидальных узлов, туберкулеза, сифилиса.

Лечение. Оперативное. При невозможности — рентгено- и радиевая терапия; при полной непроходимости — наложение искусственного заднего прохода.

Рак языка (cancer linguae). Развивается при длительном механическом и химическом раздражении, нередко — на почве лейкоплакии. По строению — чаще плоскоклеточный ороговевающий рак.

Симптомы и течение. Начинается с появления на языке язвы с плотными краями, с наклонностью к кровотечениям. Гнилостное отделяемое. Резкие боли. Рак переходит на дно рта, нижнюю челюсть, миндалины, слизистую щеки. Глотание и речь затруднены. Метастазы в подчелюстные, подбородочные железы и вдоль яремной вены, возможно и в надключичные. Рак располагается на боковой или нижнебоковой поверхности

языка в виде плотного, довольно болезненного при надавливании припухания, которое быстро изъязвляется. Края язвы вывороченные. Сильное зловоние изо рта, слюнотечение. Боли, кахексия.

Лечение. В ранней стадии хороший результат дает оперативное вмешательство, лечение радием. Уход за полостью рта, особенно перед операцией, полоскание антисептическими растворами или теплым солевым или борным раствором; удаление кариозных зубов, прижигание язвы 20% карболовой или хромовой кислоты.

РАНЫ (VULNERA). Свежая инфицированная рана. Раны бывают резаные, ушибленные, рваные, колотые, огнестрельные. Особенности ранений, получаемых при промышленной, сельскохозяйственной, уличной и транспортной травме зависят от механизма травм и характера повреждающего орудия или инструмента. Раны подлежат оперативному лечению — первичной хирургической обработке с последующим зашиванием раны наглухо. Во время хирургической обработки под местной анестезией в этой жидкости (растворе новокаина) растворяют пенициллин.

Наиболее целесообразна первичная обработка раны в течение первых часов после ранения, пока явления инфекции в ране еще мало выражены. Важно поместить раненых в обстановку, допускающую оперативное лечение в первые часы после ранения (чем раньше, тем лучше).

Наиболее широкое распространение получила в Великую Отечественную войну первичная обработка раны, состоящая в ее рассечении и удалении нежизнеспособных тканей, загрязнений, кусков одежды и в остановке кровотечения с последующим обильным припудриванием раны и ее отдельных карманов порошком стрептоцида, сульфазола или какого-либо другого сульфаниламидного препарата. Вместо порошка в рану может быть введен один из сульфаниламидных препаратов в виде эмульсии.

Применение сульфаниламидов позволяет производить обработку и в более поздние сроки (через 12—24 часа после ранения). Еще бо́льшие возможности и лучшие результаты дает применение пенициллина как местно, так и внутримышечно в ближайшие дни после ранения.

Доврачебная помощь. Снимают или разрезают одежду, сбривают вокруг места ранения волосы, смазывают края раны настойкой йода. Небольшие раны смазывают йодной настойкой по всей поверхности. Раны, загрязненные землей, обломками дерева и т. п., осторожно очищают, механически снимая грязь пинцетом или марлей. Категорически запрещается наложение скобок или швов на хирургически не обработанную рану.

Остановка кровотечения. Кровотечение в ране должно быть остановлено путем захватывания сосуда кровоостанавливающим зажимом и перевязки его, если можно это сделать без расширения раны. В прочих случаях накладывают давящую повязку, а при артериальном кровотечении из крупной артерии на конечности — жгут и срочно доставляют больного к врачу.

Защита от инфекции. Применяют перевязочный пакет первой помощи (индивидуальный пакет). При отсутствии стерильного перевязочного материала можно простерилизовать марлю кипячением в 1% растворе карболовой кислоты с последующим отжиманием продезинфицированными руками (мытье с мылом горячей водой с последующей обработкой спиртом или смазыванием концов пальцев йодной настойкой) или прокипяченными инструментами. Если никакого перевязочного материала нет, берут чистый платок, полотенце или салфетку (лучше свежевыглаженные горячим утюгом). При всех ранах необходимо вводить профилактически противостолбнячную сыворотку в количестве 1500 АЕ.

1. Открытый способ лечения. Использование бактерицидного действия света, а также высушивающего и окисляющего влияния воздуха. Раневая поверхность должна находиться в таком положении, чтобы был обеспечен наилучший отток отделяемого раны. Для защиты от мух, инфекции из воздуха и с окружающих предметов над раной устанавли-

вают особые сетки, муфты, колпачки, ватно-марлевые и лигнино-марлевые кольца, прикрепляющиеся к коже клеолом. Края раны смазывают вазелином, насыхающие кругом раны корочки удаляют пинцетом. Допускается светолечение раны (солнце, лампа соллюкс).

2. Асептическая повязка. Наложенные на рану марля и повязка быстро пропитываются гноем и перестают всасывать отделяемое раны. Поэтому приходится часто менять повязку, что является нежелательным.

Дренирование раны позволяет делать перевязки реже. К недостаткам дренажей относится возможность образования пролежня на стенке сосуда при длительном пребывании дренажа в ране. Еще более редкие (через 2—3 недели) перевязки делают после наложения гипсовой повязки на рану конечностей. Вследствие гигроскопичности гипса гной всасывается и испаряется с поверхности повязки.

3. Повязка из гипертонического раствора (10% раствор хлористого натрия) вызывает усиленную лимфатическую секрецию, в результате чего из раны удаляются токсины, омертвевшие ткани быстрее отторгаются и развиваются нормальные грануляции.

4. Антисептическая повязка. Повязку делают из материала, пропитанного антисептическим раствором; применяют с целью воздействия на инфекцию и во избежание развития в ране личинок мух при редкой смене повязок. Пользуются марганцовокислым калием (1 : 1000), риванолом (1 : 500), хлорамином (1%), стрептоцидом в виде порошка (5—10 г), фурациллином.

5. Мазевые повязки. Для лечения ран пользуются мазевой повязкой, предложенной Вишневским: Ol. Cadini, Xeroformii āā 3,0—5,0, Ol. Ricini 100,0.

6. Биологические методы лечения ран. Используются антибиотики, действующие бактерицидно или бактериостатически (пенициллин, грамицидин, стрептомицин, биомицин, альбомицин, синтомицин, левомицетин и др.). Эти средства в основном безвредные для человека и активные в отношении микроба.

Гнойная рана. Реакция организма на инфекцию в ране выявляется симптомами воспаления.

Лечение. В первом периоде (фазе гидратации): покой, повышение эксудации и лейкоцитоза, активная гиперемия, воздействие на микробов, гипертонические растворы, антисептики, мазь Вишневского, антибиотики.

Во втором периоде (фаза регенерации) при очищенной от продуктов распада ране и образовании раневого барьера — защита грануляций от повреждений и вторичной инфекции (повязка с рыбьим жиром, вазелином, открытое лечение).

Средства общего воздействия оказывают влияние на сердечно-сосудистую систему, паренхиматозные органы, водно-солевой, углеводный и белковый обмен; вакцины и сыворотки повышают иммунобиологические свойства организма; внутримышечное применение пенициллина и прием сульфаниламидных препаратов внутрь направлены на борьбу с инфекцией.

РАНЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. При закрытых повреждениях брюшной стенки наблюдают кровоизлияния. При открытых повреждениях могут быть ранены только мягкие ткани до брюшины (непроникающие ранения) или повреждена брюшина и брюшные органы (проникающие ранения).

Симптомы и течение. Жалобы на боль в месте повреждения или по всему животу. При проникающих ранениях на первый план выступают явления шока: брюшная стенка напряжена частично или по всему животу, дыхание грудное; невозможность мочиться и испражняться; симптомы внутреннего кровотечения или раздражения брюшины. При внутреннем кровотечении — нарастающее малокровие, падение пульса. При

ранении кишок и желудка — резкое напряжение брюшных стенок, не проходящее при покойном положении; ощупывание живота вызывает резкую боль; в большинстве случаев рвота (при ранении желудка — кровавая).

При ранениях печени и селезенки основной симптом — внутреннее кровотечение и увеличение тупости печени и селезенки с распространением в подвздошную область; кроме того, при ранениях печени жалобы на боль в области печени с отдачей в правое плечо, а при ранениях селезенки — на боль в области левого подреберья и в левом плече.

Открытые повреждения и огнестрельные ранения нередко осложняются гнойным воспалением брюшины (перитонитом), развивающимся в результате внесения в брюшную полость инфекции с ранящего оружия или при ранении кишок и желудка.

Распознавание. При ранениях внутренних органов распознаванию помогают явления внутреннего кровотечения. При проникающих ранениях живота диагноз облегчает выпавший в рану сальник или кишка и истечение из раны желчи или кишечного содержимого.

Лечение. При ушибах живота — постельное содержание, холод в первые дни. Введение наркотиков противопоказано. Борьба с шоком: согревание больного, сердечные возбуждающие, введение под кожу 5% раствора глюкозы в количестве 250—300 мл, переливание крови — 500—600 мл. При проникающих ранениях — немедленная операция. Выпавшую кишку или сальник не следует вправлять в брюшную полость до операции; кожу вокруг раны смазать настойкой йода, наложить асептическую повязку и направить больного в больницу. Введение противостолбнячной сыворотки, пенициллина.

РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. Могут быть ранены только мягкие ткани грудной клетки или также внутренние органы. Ранения с повреждением плевры относят к проникающим. Они могут быть нанесены ножом, кинжалом, штыком, ружейными и револьверными пулями, осколками снарядов.

Симптомы и течение. При проникающих ранениях грудной клетки образуется открытый пневмоторакс. Из раны легкого может быть кровотечение. При ранении плевры полость ее может инфицироваться с образованием эмпиемы. При огнестрельных ранениях легкого — кровохаркание (кровь с примесью пузырьков воздуха). В тяжелых случаях развивается шок: кожные покровы бледнеют, конечности холодеют, губы синеют, появляется одышка. Пульс малый, едва ощутимый, неправильный. На нарастание явлений пневмоторакса или гемоторакса указывает одышка, цианоз. Пульс становится малым, частым. Повышение температуры, появление проливного пота указывает на переход гемоторакса в пиоторакс.

Лечение. Борьба с шоком: ваго-симпатическая блокада по Вишневскому, закрытие пневмоторакса окклюзионной повязкой, состоящей из пластинки резины от стерильной резиновой перчатки, прикрывающей рану, или полосок липкого пластыря. При колото-резаных ранах и при открытом пневмотораксе — первичная обработка. Нарастающие признаки внутреннего кровотечения требуют оперативного вмешательства. При осложнении эмпиемой — пункции и операции (торакотомия).

При сквозных огнестрельных ранениях с небольшим входным и выходным отверстием, а также при слепых огнестрельных ранениях без нарастающего кровотечения или пневмоторакса надо лишь смазать кожу вокруг отверстий и наложить коллодийную повязку. При прогрессирующем пневмотораксе — клапанный дренаж. При гемотораксе — прокол для удаления крови. При открытом пневмотораксе с большой раной, проникающей в грудную полость, — тампонада с последующим оперативным лечением.

РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА И МОЗГА. В первые часы после ранения развивается травматический отек мозга с последующим повышением внутричерепного давления.

Различают непроникающие и проникающие ранения. К первым относятся ранения без повреждения твердой мозговой оболочки. Огнестрельные ранения делят на: 1) скользящие; 2) касательные, или тангенциальные; 3) сегментарные и диаметральные; 4) слепые.

Симптомы и течение. Зависят от местоположения, распространенности и тяжести повреждения. При огнестрельных ранениях наблюдаются явления сотрясения, сдавления, ушиба мозга (см. *Мозга повреждения*).

Лечение. Первичная обработка. Первая помощь состоит в борьбе с шоком, покое, согревании, внутривенном введении гипертонических растворов.

РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК СУСТАВОВ (DISTORSIO). Наступает при резком, грубом движении в суставе, переходящем физиологические пределы.

Симптомы. Боль и припухлость в области сустава, сохраняющего в общем нормальные очертания при правильном взаимоотношении суставных концов. Движения в суставе возможны, но болезненны и ограничены. Больной может отчасти пользоваться поврежденной конечностью, например наступает на ногу, двигает больной рукой.

Лечение. Покой для пострадавшего сустава. При растяжении связок на ноге больного укладывают в постель с приподнятой конечностью, при растяжении связок на руке ее подвешивают на перевязь. В тяжелых случаях разрывов связок — гипсовая повязка.

К месту повреждения для уменьшения кровоизлияния и болей назначают холод (пузырь со льдом, холодные повязки). Со вторых суток назначают тепловые процедуры (согревающий компресс, ванны) и массаж. Поврежденный сустав долго остается предрасположенным к повторению растяжения, и его надо тщательно оберегать.

САРКОМА (SARCOMA). Злокачественная соединительнотканная опухоль, развивающаяся из фасций, мышечных влагалищ, надкостницы. Этиология неизвестна. Поражается преимущественно молодой возраст. Дает метастазы по току крови (прежде всего в легкие) и по лимфатической системе.

Симптомы. Быстро растущая, прорастающая окружающие ткани плотная опухоль; рано развивается кахексия; иногда сильные боли.

Лечение. Ранняя радикальная операция, иногда ампутация конечности.

СВИЩИ (FISTULAE). Могут быть результатом воспалительного процесса, случайного ранения или сознательно наложены во время операций (например, мочевой свищ для отведения мочи).

Свищи гнойные. Ведут в полость, образовавшуюся вокруг инородного тела, например пули, осколка снаряда, лигатур и швов при их инфекции (при нагноении раны), или являются результатом воспалительного процесса в мягких тканях, в кости или суставе (туберкулез, остеомиелит).

Лечение. Необходимо удалить инородное тело (пулю, лигатуру и т. д.). В качестве временной меры — повязки с достаточным количеством всасывающего материала и защита кожи кругом свища от раздражения гноем (смазывание пастой).

Свищи желудочные. Чаще всего накладываются оперативным путем. Если имеется подтекание желудочного содержимого вокруг трубки, то кожа раздражается и нередко возникают экземы.

Лечение. Оперативное закрытие. При невозможности — частые перевязки и смазывание пастой кожи вокруг дренажа.

Свищи желчные. Истечение желчи в рану чаще всего наблюдается после операции на желчных ходах.

Лечение. Оперативное. Для защиты кожи от раздражения желчью необходимо чаще перевязывать и смазывать кожу пастой, а рану дренировать или туго тампонировать.

Свищи заднего прохода. Остаются после парапроктических гнойников, вскрывающихся в прямую кишку и около заднего прохода.

Симптомы и течение. Ход свищей извилист. Вокруг свища образуется плотный рубец. Существование свища поддерживается постоянным загрязнением инфекционным материалом и неполным его опорожнением. У отверстия свища на коже бывает небольшой грануляционный бугорок и корочка. При полных свищах одно отверстие открывается в кишку, другое — наружу; при неполных — отверстие одно (в кишке или на коже).

Лечение. Оперативное.

Профилактика. Правильное лечение парапроктитов с ранним их оперативным лечением, не ожидая самостоятельного вскрытия гнойника.

Свищи каловые. Возникают на почве повреждения кишки или ее ущемления и накладываются искусственно для выведения кишечного содержимого. Через каловый свищ могут выходить у больного газы и каловые массы.

Лечение. Оперативное. При перевязках нужно тщательно защищать окружающую свищ кожу от возможного раздражения и появления экземы. Кожу в окружности свища смазывают пастой, мазями (цинковой, висмутовой, жиром) или раствором марганцовокислого калия.

Свищи мочевые (мочеточниковые, мочевого канала, пузырные). Пузырные свищи нередко накладываются оперативно при различных заболеваниях мочевого пузыря и канала для постоянного или временного отведения мочи; в отверстие свища вводят дренажную трубку, через которую моча отводится в бутылку (сифонный дренаж).

Лечение см. *Каловые свищи.*

Свищи слюнные. Обычно результат ранения слюнной железы или ее протока. Выделяющаяся слюна (особенно во время еды) раздражает кожу.

Лечение. Оперативное. Для уменьшения отделения слюны больному дают жидкую пищу, некислое питье и атропин внутрь или под кожу.

Свищи и кисты шеи. Чаще встречаются врожденные свищи и кисты шеи.

Симптомы и течение. Срединные кисты шеи в виде небольших опухолей развиваются на передней поверхности шеи по средней линии — от подъязычной кости и ниже; иногда они нагнаиваются и вскрываются, образуя незаживающий свищ; из свища отделяется серозная или гнойно-слизистая жидкость; кожа вокруг свища воспалительно изменена и иногда рубцово перерождена. Боковые кисты и свищи шеи располагаются спереди края грудино-ключично-сосковой мышцы, из них выделяется слизистая жидкость; свищевой ход направляется к боковой стенке глотки.

Лечение. Оперативное.

СДАВЛЕНИЕ МОЗГА (COMPRESSIO CEREBRI). Наблюдается в результате сдавления мозга осколками, гематомами, опухолями.

Симптомы и течение. Повышение внутричерепного давления, головная боль, рвота, затемнение или потеря сознания, напряженный замедленный пульс и очаговые явления с потерей функции (потеря способности говорить, судороги, параличи).

Лечение. При беспокойстве — под кожу морфин (1% раствор — 1 мл). Введение гипертонических растворов: 40% раствор глюкозы в вену до 100 мл; в сочетании с глюкозой или в чистом виде 5—10% раствор Natrii chlorati 30—50 мл, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии внутримышечно, а также клизмы из гипертонических растворов поваренной или магнезиальной соли. На голову — лед. При нарастающих явлениях сдавления — операция.

СЕПСИС ХИРУРГИЧЕСКИЙ. СЕПТИЦЕМИЯ (SEPTICAEMIA). СЕПТИКОПИЕМИЯ (SEPTICOPYAEMIA). Вызывается чаще стафилококком, реже стрептококком, диплококком или смешанной инфекцией. Общая гнойная инфекция может наступить после предварительного развития лимфан-

гита, тромбофлебита, но может развиться и непосредственно за местным гнойным заболеванием и даже без ясного местного очага. Общая гнойная инфекция бывает с метастазами и без метастазов.

Симптомы и течение. Высокая температура со значительными колебаниями или без них; быстро нарастающая интоксикация, учащение пульса, наклонность к кровотечениям, проливной пот, изменения крови (сдвиг белой крови влево) и т. д. Отмечается вялость заживления в гнойном очаге, недостаточность отделяемого (сухие раны), прогрессирующее гнойное расплавление ткани или геморрагическое отделяемое; истощение больного.

Лечение. Полный покой местного гнойного очага при хорошем вскрытии и дренировании его. Новые очаги подлежат немедленному вскрытию.

Наибольшее значение имеет применение сульфаниламидных препаратов, пенициллина, стрептомицина и других антибиотиков, особенно в комбинации.

Для уменьшения интоксикации вводят значительные количества жидкости (до 3—5 л в сутки) в виде капельных внутривенных или подкожных вливаний; производят переливание крови и кровезамещающих жидкостей.

При гнойном процессе, вызываемом стрептококками, вводят ежедневно также поливалентную антистрептококковую, а при гемолитическом стрептококке — противоскарлатинозную сыворотку по 50—100 мл в день в течение нескольких дней. При процессах стафилококкового происхождения, протекающих вяло, — вакцину от 0,1 до 1 мл через 1—2 дня.

Профилактика. Правильное и своевременное лечение различных гнойных процессов с ранним применением (до развития осложнений и сепсиса) оперативного лечения.

СКОЛИОЗ (SCOLIOSIS). Искривление позвоночника по фронтальной плоскости. Сколиоз может быть левосторонним, когда вогнутость обращена влево, и правосторонним, когда вогнутость обращена вправо.

По этиологическим моментам отмечают несколько видов сколиозов. Врожденный сколиоз зависит от врожденной клиновидной формы одного или нескольких позвонков. Рахитический сколиоз — наиболее часто встречающаяся форма. Развивается рано — на первом году жизни у детей, больных рахитом, под влиянием длительного сидения. Для исправления сколиоза ребенка укладывают в гипсовую кроватку. Привычный сколиоз развивается в силу привычки сидеть или стоять в согнутом в ту или другую сторону положении. Статический сколиоз зависит от неодинаковой длины ног; наблюдается при врожденном вывихе бедра, при укорочении конечностей и т. д. Паралитический сколиоз наблюдается при одностороннем параличе спинных мышц. Рубцовый, или плевритический, сколиоз развивается после перенесенного гнойного плеврита.

Лечение. Лучшим средством лечения сколиозов является специальная лечебная гимнастика.

Профилактика. В профилактике привычного сколиоза основным мероприятием является наблюдение как в домашней обстановке, так и особенно в школе за правильной посадкой школьников на парте и подбор парт по росту учащихся.

СЛОНОВОСТЬ (ELEPHANTIASIS). Выражается в гиперплазии кожи и подкожной клетчатки. Чаще всего поражаются нижние конечности. Имеет значение застой лимфы с резким расширением лимфатических сосудов и щелей и одновременно гипертрофией и гиперплазией соединительнотканных элементов кожи.

Симптомы и течение. Конечность сильно обезображивается. Кожа утолщена. Местами на сгибе образуются складки, местами кожа мацерируется, покрывается корками. В некоторых случаях образуются обширные экзематозные поверхности. В далеко зашедших случаях нарушается функция конечности.

Лечение. В начальных стадиях — покой, высокое положение конечности, тугое бинтование, горячие и суховоздушные ванны.

Поражения кожи лечат индифферентными мазями.

СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА (COMMOTIO CEREBRI). Симптомы и течение. Сознание затемнено или при более тяжелых формах отсутствует. Больной плохо воспринимает окружающее, бледен, слаб, лежит неподвижно, не говорит, не двигает ни рукой, ни ногой. Головные боли. При легких формах все указанные явления иногда могут пройти через несколько минут. В тяжелых случаях лицо больного бледно, кожа покрыта пóтом. Зрачки слабо или совсем не реагируют на свет. Мышцы расслаблены; наблюдается рвота и непроизвольное отделение кала и мочи; пульс редкий (до 50—60 ударов в минуту) или учащенный. Эти явления могут иногда исчезнуть через несколько часов. После сотрясения мозга может остаться нервная возбудимость, головокружение.

Лечение. Покой. Лежачее положение в течение 2—3 недель даже при легких случаях сотрясения; лед на голову, люминал 0,05 г; 40% раствор глюкозы 30—40 мл в вену.

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ. Соскальзывание вышележащего позвонка с нижележащего. Так, например, может соскользнуть V поясничный позвонок с I крестцового. Смещение происходит вниз и вперед. Дужки и остистый отросток остаются на месте. Больные жалуются на боль в пояснице, которая усиливается при стоянии. Боль иногда отдает в конечности. Диагноз устанавливается рентгенологически.

Лечение. Ортопедическое и оперативное.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА см. *Медицинская техника, Обеззараживание (стерилизация).*

СТОПА КОНСКАЯ см. *Конская стопа.*

СТОПА ПЛОСКАЯ (PES PLANUS). Врожденная плоская стопа развивается в результате неправильного положения стопы в матке и наблюдается в сочетании с другими уродствами. Приобретенная плоская стопа — следствие рахитического поражения в раннем детстве или в период половой зрелости и усиленного роста. Имеет значение слабость мышц и связочного аппарата при длительной нагрузке на стопу.

Распознавание. Степень плоскостопия определяется получением отпечатков на бумаге. При высокой степени плоскостопия отпечатывается вся подошва.

Симптомы. Стаптывание наружного края каблука. Быстрая утомляемость при ходьбе, уплощение стопы при стоянии, боли в ноге.

Лечение. Для предупреждения развития плоской стопы — ношение в детстве хорошо пригнанной обуви. При наличии плоской стопы у взрослых — ортопедическая обувь и супинаторы.

СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА (STRICTURA OESOPHAGI). Причины: ожоги (особенно часто щелочью), травмы и воспалительные заболевания.

Симптомы и течение. Нарастающее расстройство глотания (дисфагия): сначала с трудом проходят куски объемистой и плохо разжеванной пищи, затем кашицеобразной и, наконец, жидкой пищи; при полном закрытии просвета не проходит даже вода. Больной страдает от голода и жажды, истощается, обезвоживается. Раздражение пищей вызывает воспалительные явления и отек слизистой, ухудшающие проходимость, и ведет к спастическим сокращениям мышц пищевода.

Лечение. Бужирование при сужении после ожогов. Против спастического сокращения — атропин или настойку белладонны.

При значительном сужении, не поддающемся бужированию, — операция наложения желудочного свища с последующим бужированием; при полном прекращении прохождения пищи — создание искусственного пищевода.

СУЖЕНИЕ УРЕТРЫ (STRICTURA URETHRAE). Вызывается развитием рубцовых тканей после повреждения (ранений) уретры и после

гонорейных уретритов. Оно проявляется иногда спустя много лет после перенесенной гонореи или через несколько месяцев после травмы.

Симптомы и течение. Утончение струи мочи, более длительное мочеиспускание. Вначале больной справляется с появившимся затруднением опорожнения, в затем струя становится вялой, больной мочится в несколько приемов, пузырь полностью перестает опорожняться и моча начинает выделяться по каплям. Наконец, может наступить полная задержка мочи. Развивающийся воспалительный процесс дает периуретральные абсцессы, мочевые затеки и мочевые свищи.

Лечение. Лечение проводят при помощи бужирования или оперативным путем. Во избежание возможных рецидивов больных следует систематически проверять (пробное проведение бужа) в течение многих лет.

СУСТАВ БОЛТАЮЩИЙСЯ. Появляется при вялых параличах вследствие податливости связочного аппарата и при невропатических деформациях суставов (сухотка спинного мозга, сирингомиелия).

Симптомы и течение. Избыточная подвижность в суставе, легко приводящая к подвывиху или вывиху и затрудняющая пользование конечностью.

Лечение. Ортопедическое: шинно-гильзовые аппараты для предупреждения вывихов и облегчения пользования конечностью. В некоторых случаях операция образования искусственного анкилоза в суставе.

СУСТАВА ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ (ARTHRITIS PURULENTA). Гнойная инфекция попадает в сустав при ранении с соседних тканей и с током крови при общем гнойном заражении. Обычно заболевание является одним из самых тяжелых гнойных процессов. Гнойное воспаление ограничивается только синовиальной оболочкой (гнойный артрит) или захватывает, кроме капсулы, еще и другие части сустава и сопровождается разрушением суставных хрящей и флегмонозным поражением окружающих сустав тканей (капсульная флегмона).

Симптомы и течение. Заболевание обычно начинается резкими болями в суставе, из-за которых движения становятся совершенно невозможными. Объем сустава увеличивается, и даже легкое прикосновение к нему вызывает боль. Общее состояние больного очень тяжелое, температура повышается иногда до 40°, появляется озноб, кожа области пораженного сустава горяча на ощупь, иногда воспаленная, покрасневшая. Разрушение связочного аппарата и суставных хрящей и распад капсулы могут повести к резкому изменению формы сустава и патологическому вывиху.

Лечение. Лучше всего применять хирургическое лечение (повторные проколы, введение в полость сустава раствора пенициллина или раскрытие сустава, обычно с последующим введением дренажей). Конечности следует придать неподвижное положение шинными повязками, иногда вытяжением, чаще же неподвижными гипсовыми повязками. Одновременно — сульфаниламидные препараты, антибиотики. В случаях, когда и после разреза процесс не останавливается и состояние больного ухудшается, для спасения жизни — ампутация больной конечности.

Осложнения. Последствиями воспаления сустава даже при благополучном окончании процесса могут быть сращения между суставными концами. Они могут быть соединительнотканного и даже костного характера и вызывают неподвижность (анкилоз) сустава. Подвижность может быть резко ограничена вследствие сморщивания суставной сумки и окружающих мягких тканей (контрактура сустава). Во избежание в дальнейшем малой функциональной пригодности конечности при воспалительных процессах в суставах нужно устанавливать ее так, чтобы при неподвижности в суставе или плохой подвижности в нем конечность была пригодна для работы. С этой целью ногу слегка сгибают в тазобедренном суставе и отводят, коленный сустав выпрямляют, стопу ставят под прямым углом; в лучезапястном суставе ставят кисть в положение с ладонью, обращенной к туловищу при небольшом тыльном сгибании.

СУСТАВА СЕРОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ (ARTHRITIS SEROSA). Развивается иногда под влиянием острого воспалительного процесса вблизи сустава и как осложнение различных инфекционных болезней.

Симптомы и течение. Лихорадочное состояние, боли, затрудненные движения в суставе. Сумка сустава сильно растягивается скопившейся в ней жидкостью, объем сустава увеличивается, формы и очертания изменяются (выпячиваются завороты суставной сумки); нередко в суставе чувствуется зыбление. Конечность при этом занимает обычно то положение, при котором емкость суставной полости наибольшая (обычно это положение неполного сгибания в суставе).

Лечение. Покойное положение, местно применяют тепло, иногда давящие повязки.

СУСТАВНАЯ МЫШЬ (MUS ARTICULORUM). Части хряща или кости при травме или ворсинки суставной сумки при воспалении появляются в полости сустава в виде свободных инородных тел.

Симптомы. Если суставная мышь находится в каком-либо завороте сустава и не перемещается, она никаких симптомов не дает.

При перемещениях суставной мыши возможно ущемление ее между суставными поверхностями. Тотчас появляются резкие боли и невозможность движений в суставе. В дальнейшем острые боли несколько стихают, появляется выпот в суставе (серозный артрит).

При перемене положения в суставе мышь выскальзывает и болевые ощущения прекращаются. Такие ущемления происходят иногда очень часто и лишают больного трудоспособности. Более точный диагноз дает рентгенографическое исследование: костная суставная мышь видна на снимке в виде округлой тени.

Лечение. Оперативное удаление.

ТЕНДОВАГИНИТ ГНОЙНЫЙ (TENDOVAGINITIS PURULENTA). Возбудители — чаще всего стрептококки и стафилококки. Наибольшее значение имеет тендовагинит сгибателей пальцев. Инфекция попадает при повреждении влагалища (наколы), при гнойных процессах кисти и пальцев (особенно часто I и V пальцев). Воспалительный выпот во влагалище дает сдавление и тромбоз питающих сухожилие сосудов и некроз сухожилий. Нередко флегмонозный процесс переходит на предплечье и развивается сепсис.

Симптомы и течение. Высокая температура, тяжелое общее состояние; жестокие боли и резкое ограничение движений пальцев, припухлость в нижней части предплечья, отек клетчатки тыла кисти. Процесс распространяется на окружающие мягкие ткани. При позднем или самостоятельном вскрытии гнойника наблюдаются длительно не заживающие свищи вследствие некроза сухожилий.

Лечение. Покой, иммобилизация, введение пенициллина в сухожильное влагалище, возможно быстрое вскрытие для предупреждения некроза сухожилий, небольшие множественные разрезы по сторонам сухожилий, ванны, по окончании острых явлений — ранние движения (функциональное лечение). Пенициллин.

Профилактика см. *Панариций.*

ТЕНДОВАГИНИТ КРЕПИТИРУЮЩИЙ (TENDOVAGINITIS CREPITANS). Наблюдается у лиц физического труда после длительных быстрых и однообразных или непривычных движений (на руках у слесарей, прачек, пианистов), а также на ногах после больших переходов. Чаще поражаются сухожильные влагалища разгибательной поверхности предплечья, голени, пальцев, кисти, стопы и ахиллова сухожилия. Появляется серозно-геморрагический или фибринозный выпот в окружности влагалища или в нем самом.

Симптомы и течение. Болезненность при движении какой-либо мышцы или группы мышц, припухлость по ходу сухожильного влагалища. При движениях — хруст (крепитация). Воспаление развивается

остро и при лечении проходит через 10—15 дней; имеет наклонность рецидивировать и переходить в хроническую форму.

Лечение. Покой, шинная повязка, в дальнейшем теплые ванны (грелки, физиотерапевтическое лечение, тугое бинтование). Внутрь аспирин по 0,3 г три раза в день, пирамидон по 0,3 г три раза в день, на пораженную область — мази.

Возобновление работы через 6—7 дней после исчезновения припухлости и крепитации.

Профилактика. Избегать перегрузки, охлаждения. Общее укрепление организма для предупреждения рецидивов.

ТРЕЩИНЫ ЗАДНЕГО ПРОХОДА (FISSURA ANI). Ссадина или поверхностная рана, расположенная перпендикулярно ходу волокон сфинктера. Образуется под влиянием травмы, во время дефекации или родов, в результате ранения мелкими инородными телами, при проктитах, геморроях. Помещается обычно на уровне сфинктера у заднего края заднепроходного отверстия по средней линии или вблизи нее.

Симптомы и течение. Боль при испражнении, часто в течение нескольких часов.

Лечение. Регулирование стула, устранение запора, назначение легких слабительных. Против болей — свечи с белладонной или морфином. Хорошо действуют теплые ванны. Смазывание трещин 5% раствором кокаина или 2% раствором дикаина, или концентрированным раствором марганцовокислого калия. Прижигают также ляписом после предварительного растягивания сфинктера под наркозом или местной анестезией.

ТРОМБОФЛЕБИТ (TROMBOPHLEBITIS). Воспаление вен инфекционного происхождения или вследствие нарушения системы свертывания крови.

Симптомы и течение. Болезненность по ходу вен. При развитии тромбофлебита в поверхностных венах последние прощупываются в виде плотных, болезненных на ощупь тяжей; при поражении глубоких вен — отечность конечности, синюшность кожи и расстройства кровообращения. Нередко гнойное расплавление тромбов и образование гнойников по ходу сосуда.

Лечение. Полный покой больной части тела: лежание, шинные повязки. Больную часть тела кладут в приподнятом положении для улучшения оттока крови. В покойном лежачем положении больной должен находиться до полного затихания процесса. Запрещаются всякого рода растирания и массаж. Они могут вызвать распространение гнойного процесса на весь организм и путем переноса оторвавшегося сгустка привести к закупорке артерий мозга или сердца, что нередко ведет к немедленной смерти больного (эмболия). Местно повторное применение пиявок (4—5). Одновременно пенициллин, дикумарин, неодикумарин, пелентан под контролем исследования протромбина.

Нельзя делать внутримышечных инъекций в пораженные конечности; не следует производить внутривенных вливаний.

Профилактика. Ранние движения и раннее вставание в послеоперационном периоде. Лечение варикозного расширения вен. Для предупреждения рецидивов — общетонизирующие мероприятия для сердечно-сосудистой системы, предупреждение застоя венозного кровообращения.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (ЖЕЛЕЗ) (LYMPHADENITIS TUBERCULOSA). Попадая в лимфатические пути, туберкулезная инфекция нередко задерживается в ближайших лимфатических узлах (корня легкого, забрюшинных, шейных). Поражение желез составляет около $^1/_3$ случаев хирургического туберкулеза, причем 90% заболеваний падают на шейные узлы. При распадении и расплавлении туберкулезных фокусов образуются абсцессы и свищи. Возможен и другой исход — рубцевание и обызвествление очага.

Симптомы и течение. Течение лимфаденитов хроническое; общее состояние больного изменяется мало, температура слегка повышена

или нормальна. Прощупываются пакеты плотных, спаянных между собой узлов, в окружности мелкие, как горох, узлы. В дальнейшем образуются свищи.

Лечение. Общее лечение туберкулеза. Местная рентгенотерапия и облучение кварцевой лампой. При распаде узлов отсасывание содержимого и введение стрептомицина, при присоединении гнойной инфекции, когда образуется гнойник, прибегают к его вскрытию.

Профилактика см. *Внутренние болезни, Туберкулез.*

ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ (TUBERCULOSIS OSSIUM). Поражение костей и суставов вторичное; чаще поражается позвоночник, коленный, тазобедренный сустав, реже все другие суставы. Процесс начинается чаще с суставного конца костей, но иногда и с синовиальной оболочки. Сустав вовлекается в процесс вторично. Образуется серозный или серозно-фибринозный выпот, иногда с разрастанием грануляционной ткани или с распадом, ведущим к скоплению в суставе гноя с последующим прорывом его наружу и образованием свищей.

Симптомы и течение. Постепенное начало с неясными признаками. В дальнейшем появляются боли и атрофии мышц. Боли усиливаются при движениях и нагрузке на больную часть тела, при давлении и поколачивании. Некоторая утомляемость, затем полная невозможность пользоваться больной конечностью вследствие болезненности движений, мышечных сведений, а в более поздние периоды — вследствие изменений связочного аппарата и разрушений суставных концов. В суставе появляется плотная или мягкая опухоль. На рентгеновском снимке резкая атрофия кости.

Длительность неосложненных случаев костно-суставного туберкулеза — несколько лет; в осложненных случаях заболевание принимает еще более длительный характер. Нередко наступает кажущееся выздоровление, продолжающееся ряд лет, с последующими новыми обострениями процесса.

Лечение. Значительная роль принадлежит общему и местному светолечению (кварцевая лампа, солнечные ванны). Местные и общие солнечные ванны применяют осторожно, с постепенным увеличением длительности облучения. Местное лечение: полный покой пораженного органа достигается неподвижными повязками или вытяжением. Лечение стрептомицином, фтивазидом, ПАСК.

При наличии свищей — предохранительные перевязки во избежание занесения извне гноеродной инфекции. В свищи через тупые канюли вливают йодоформную эмульсию, расширяют их и раскрывают инфицированные затеки и околосуставные флегмоны. Большое значение имеет лечение натечных гнойников: отсасывание гноя пункцией (но не разрезом) с последующим впрыскиванием стрептомицина или йодоформной эмульсии. Укол производят с соблюдением всех правил асептики: сбоку, в стороне от вершины абсцесса.

Оперативное лечение — резекция очага или резекция сустава. При прогрессирующем процессе, а также у стариков, у которых обычно отсутствует наклонность к заживлению процесса, приходится иногда применять ампутацию больной конечности.

Профилактика см. *Внутренние болезни, Туберкулез.*

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЛЕННОГО СУСТАВА (GONITIS TUBERCULOSA). Симптомы и течение. Незначительная вначале болезненность, увеличение объема сустава, выпот, дающий флюктуацию и баллотирование надколенника, ограничение подвижности, атрофия мышц. Сустав приобретает веретенообразный вид. Хрящи и кости разрушаются, нога в положении сгибания; образуются подвывихи, натечные абсцессы, свищи.

Лечение см. *Туберкулез костей и суставов.* Оперативное лечение применяется чаще, чем при поражении других суставов. Гипсовые повязки и длительная разгрузка конечности (хождение на костылях).

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЗВОНОЧНИКА (SPONDYLITIS TUBERCULOSA). Наиболее часто встречается в детском возрасте (80%). Вызывает разрушение тела позвонка, образование натечника и изменение формы позвоночника (горб). Возможно сдавление спинного мозга.

Симптомы и течение. Боли вначале неопределенные и непостоянные, затем локализованные, усиливающиеся при движении, нагрузке и поколачивании по остистым отросткам; нерезкая иррадиация в брюшную стенку, в конечности. Спинные мышцы области поражения напряжены; так называемый «симптом вожжей», т. е. появление при поколачивании и движении мышечных тяжей, расходящихся под углом. Подвижность позвоночника ограничена, особенно сгибание вперед; больной опирается при этом рукой на ногу и сгибает коленные суставы, а не позвоночник. При разрушении позвонка остистый отросток выступает назад в виде остроугольного кифоза, развиваются натечники в заглоточном пространстве, средостении, надключичной, подключичной и подмышечной области (шейные позвонки), в области межреберных сосудов, брюшной аорты, бедренных артерий (грудные позвонки) или на бедре, в тазовой и поясничной области (поясничные позвонки). При сдавлении спинного мозга параличи и расстройства чувствительности.

Лечение см. *Туберкулез костей и суставов.* Длительное лечение с вытяжением или в гипсовой кроватке, при стихании процесса — наложение корсета.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА (COXITIS TUBERCULOSA). Поражается чаще одна из костей, затем хрящ и сумка сустава. Разрушение хряща и кости приводит к деформации, развитию казеозного распада, скоплению гноя, образованию свищей.

Симптомы и течение. Утомление при ходьбе, боли при движениях, особенно резких (прыжки), ночные боли, уменьшение подвижности, деформации сустава, контрактура.

Различают три стадии: первая — болевые симптомы, увеличение объема сустава, сгибание, отведение и наружная ротация ноги (больной еще ходит); вторая — разрушение сустава, сгибание и приведение ноги (больной лежит); третья — дальнейшее разрушение связок, атрофия мышц, патологические вывихи, натечники, укорочение конечности.

Лечение см. *Туберкулез костей и суставов.* Лежачее положение, вытяжение, а затем гипсовая повязка, неоднократно сменяемая. Нередко остается ограничение подвижности и анкилозы.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ (TUBERCULOSIS RENIS). Различают две клинические формы туберкулеза почки. Острая милиарная форма наблюдается при активном туберкулезном процессе. Эта форма туберкулеза почки является симптомом генерализации процесса. Оперативному лечению не подлежит. Другая форма развивается в результате заноса туберкулезной палочки из существующего в организме туберкулезного очага. Течение процесса медленное. В начальной стадии в почке развиваются бугорки; позднее почка увеличивается в объеме и становится бугристой. В самой почке образуются полости (каверны), заполненные гноем или творожистыми массами. В результате туберкулеза развивается туберкулезный пионефроз.

Симптомы. Туберкулез почки протекает различно; в начале заболевания все жалобы больных можно свести к общей слабости, быстрой утомляемости и прогрессивному исхуданию.

При исследовании мочи обнаруживается белок и лейкоциты. Первым симптомом, иногда обращающим внимание самих больных, является наличие крови в моче, видимое простым глазом. Гематурия может быть определена также микроскопически. Она может исчезать и сменяться пиурией. Больные иногда жалуются на коликообразного характера боли и учащенное мочеиспускание ночью. Расстройство мочеиспускания зависит от туберкулезного цистита, при котором емкость пузыря иногда

значительно уменьшается. В моче единичные гиалиновые цилиндры, реакция кислая.

Для исследования и обнаружения туберкулезной палочки в моче берут суточную мочу и ищут палочку в центрифугате.

Пораженную почку можно прощупать лишь у худых больных. В запущенных случаях прощупывается бугристая плотная подвижная болезненная опухоль. Симптом Пастернацкого выражен ясно.

Таким образом, характерными симптомами являются: 1) бесцилиндровая альбуминурия; 2) пиурия асептическая или с наличием туберкулезных палочек; 3) цистит, не уступающий местному лечению.

Прогноз. Тяжелый.

Лечение. Распознанный туберкулез почки в настоящее время лечат консервативно противотуберкулезными препаратами (стрептомицин, ПАСК и фтивазид в комбинации) и оперативное. Кроме того, проводят общеукрепляющее лечение.

Профилактика. Ранняя диагностика и лечение легочных и кишечных форм туберкулеза.

УШИБ (CONTUSIO). Повреждение мягких тканей с разрывом кровеносных сосудов, дающим кровоподтеки при отсутствии повреждения кожных покровов. Свежие кровоизлияния дают темно-багровую окраску покровов, а более старые — зеленую и желтую.

Симптомы и течение. Боль, припухлость ушибленного места, нарушение функций и видимое кровоизлияние. При окончании кровоизлияния (в течение одних суток) боли обычно стихают и остаются лишь при ощупывании поврежденного места. При значительном кровоизлиянии в ткани, иногда в течение нескольких дней, наблюдается повышение температуры до 39°, а ушиб весьма болезненных областей (больших нервных стволов, нервных сплетений, брюшной полости) может вызвать обморок и шок.

Лечение. В течение первых часов после ушиба — холод (холодные компрессы, пузырь со льдом и т. д.). Покой. В дальнейшем, в зависимости от интенсивности ушиба, — тепло (согревающие компрессы, грелки, ванны).

УШИБ МОЗГА (CONTUSIO CEREBRI). Следствие тяжелых повреждений черепа с анатомическим нарушением целости мозговой ткани при одновременном отсутствии повреждения костей и мягких тканей черепа и с расстройством деятельности мозга.

Симптомы и течение. Те же, что и при сотрясении мозга. При нарушении участка коры наступают периферические параличи и расстройства чувствительности. Клиническая картина зависит от локализации повреждений и от вызванных травмой общемозговых рефлекторных реакций. При ушибе мозга мы можем иметь изменение рефлексов и наличие патологических рефлексов.

Лечение см. *Сдавление мозга.* При нарастающих явлениях, присоединившейся инфекции или сдавлении осколками — операция.

ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (FIBROADENOMA). Для развития имеют значение гормональные нарушения.

Из доброкачественных опухолей молочной железы наиболее часто встречаются фиброаденомы. Опухоль состоит из эпителиальной и соединительной ткани.

Симптомы. Округлая опухоль с гладкой поверхностью, плотной консистенции, не связанная с кожей, хорошо отграниченная от ткани железы, подвижная, медленно растущая. Возможен переход в рак.

Лечение. Ввиду трудности отличить от рака молочной железы в начальном периоде его развития и возможности перехода в рак фиброаденомы молочной железы подлежат оперативному лечению.

ФИБРОЗНЫЕ ОСТЕОДИСТРОФИИ. К фиброзным остеодистрофиям относятся болезни костей, дегенеративные и дистрофические изменения с последующими восстановительными процессами в кости (на месте раз-

рушенной кости образуется новая кость). Эти процессы в костях не связаны ни с воспалением, ни с опухолями.

К фиброзным остеодистрофиям относятся: фиброзный локализованный остит (костные кисты), гигантоклеточная опухоль, генерализованный фиброзный остит или болезнь Реклингаузена, болезнь Педжета.

Остеодистрофии развиваются главным образом у детей в возрасте от 5 до 8 лет и юношей в возрасте от 15 до 18 лет. Патогенез неизвестен. На месте образовавшихся кист кость истончается и может произойти перелом, который срастается хорошо. Развиваются костные кисты в метафизе кости.

Л е ч е н и е. Оперативное (выскабливание кист).

Болезнь Педжета. Характерна деформацией трубчатых костей нижних конечностей, ребер и черепа. Патогенез болезни не выяснен. Клинически болезнь начинается с неопределенных болей у лиц пожилого возраста.

Первым симптомом иногда является перелом или образование опухоли, деформации. На рентгеновском снимке можно видеть утолщение и искривление костей, а также чередование очагов склероза с очагами разрежения кости. Болезнь тянется годами. Рационального лечения до настоящего времени нет.

Генерализованный фиброзный остит (болезнь Реклингаузена). Принадлежит к редким формам остеодистрофии. Изменения в костях тождественны локализованной форме остита. Отличительной чертой этой формы является то, что процесс происходит во многих костях. Начало болезни мало заметно. Больные иногда жалуются на боли ревматического характера. Появляются утолщения метафизов и диафизов. Кости становятся ломкими, искривляются при нагрузке; после переломов остаются укорочения и искривления. При поражении позвоночника образуются кифозы. Причина болезни объясняется повышенной функцией паращитовидных желез.

Л е ч е н и е. Рентгенотерапия.

Гигантоклеточная опухоль, или бурая опухоль. В настоящее время эти опухоли относят к дистрофическим процессам. Они не дают метастазов.

Локализуются преимущественно в трубчатых, а также в плоских костях. Опухоли растут в течение 8—10 лет и не вызывают никаких болезненных симптомов. Вследствие хрупкости костей могут образоваться переломы с кровоизлиянием, что дало повод назвать эти опухоли бурыми.

Опухоли поражают эпифизы костей. Функция суставов нарушается. При пальпации — болезненность и особый пергаментный хруст. Кожа блестящая, цианотичная, с развитой венозной сетью. На рентгеновском снимке обнаруживается вздутость эпифиза с множеством мелких кист. Корковый слой истончен. Периостальных изменений нет. При диагностике возможно смешение с саркомой.

Л е ч е н и е. Рентгенотерапия, в случае отрицательного результата — оперативное лечение.

ФИМОЗ. ПАРАФИМОЗ (PHYMOSIS. PARAPHYMOSIS). Врожденная узость кольца на месте перехода наружного листка крайней плоти во внутренний. Задерживающаяся в препуциальном мешке моча и смегма могут вызвать воспалительный процесс. Парафимоз, или удавка, происходит вследствие сдвигания крайней плоти за головку члена при недостаточно широком отверстии препуциального мешка и сдавлении члена, в результате чего нарушается кровообращение головки члена и крайней плоти с появлением отека, а затем и омертвения.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Оттянуть крайнюю плоть и открыть головку невозможно. При очень маленьком отверстии мочеиспускание затруднено.

Л е ч е н и е. У детей при нерезко выраженной форме достаточно растягивания препуциального отверстия и разделения склеек между головкой и крайней плотью. В сильно выраженной форме необходима операция.

При парафимозе в свежих случаях, сдавливая пальцами головку члена необходимо протолкнуть (вправить) ее через кольцо ущемления. При неудавшемся вправлении производят продольный разрез ущемляющего кольца по верхней поверхности и вправление головки. Во избежание повторения ущемления производят операцию фимоза.

ФЛЕГМОНА (PHLEGMONE). Гнойное воспаление клетчатки с омертвением тканей. Локализуется в подкожножировой, межмышечной и подфасциальной, подбрюшинной и тазовой клетчатке.

Симптомы и течение. Повышение температуры, общая разбитость, отсутствие аппетита, головная боль, озноб и другие признаки лихорадочного состояния. Местно наблюдается разлитая припухлость и краснота без резких границ, резкая болезненность и местный жар.

Первоначально воспалительный инфильтрат характеризуется плотностью и отечностью соседних тканей, затем образуется гнойное размягчение, иногда очень распространенное. При флегмонах нередки лимфангоиты, лимфадениты, тромбозы вен и разрушение стенки артерий с вторичным кровотечением. Возможно развитие общей гнойной инфекции.

Лечение. Покой для больной части тела (лежачее положение больного, шинная повязка и возвышенное положение пораженной конечности. Пенициллинотерапия и сульфаниламидотерапия. Иногда еще в стадии инфильтрации тканей делают разрезы для ослабления напряжения в тканях, предотвращение развития застоя крови, улучшения питания тканей и уменьшения таким образом омертвения тканей. На конечностях делают разрезы преимущественно по ее длине конечности, причем во избежание нарушения функции предпочитают длинным разрезам во всю длину флегмоны множественные, более мелкие (2—3 см на кисти и 5—7 см на остальных частях конечности). В последующем ведении больных обычно применяют бестампонные повязки. Омертвевшие ткани при перевязках извлекают пинцетом, если они отходят без большого насилия; в противном случае ждут их отторжения. При перевязке внимательно осматривают, нет ли затеков и карманов, которые подлежат вторичному вскрытию.

Профилактика см. *Абсцесс.*

ФУРУНКУЛ (FURUNCULUS). ЧИРЕЙ. Вызывается обычно стафилококком, реже стрептококком. Наиболее часто фурункулы появляются на тех участках кожи, где много сальных желез (спина, лицо), и на областях тела, кожа которых наиболее часто механически раздражается (шея, ягодицы, бедра). Появлению фурункулов способствует антисанитарная обстановка, несоблюдение личной гигиены (долго несменяемое белье, редкое посещение бани), расчесы угрей, наклонность кожи к экземам. Предрасполагающими моментами могут быть общее ослабление организма больного, хронические болезни, особенно диабет, анемия, инфекционные заболевания (тифы) и общее истощение больного при хронических инфекциях (туберкулез, сифилис), недостаточном питании и нервно-психическом переутомлении. Фурункул может, особенно при неправильном лечении (например, при выдавливании), дать воспаление лимфатических сосудов (лимфангоит), гнойное воспаление соседних лимфатических узлов (лимфаденит) и общее распространение инфекции. Очень тяжелым и опасным осложнением является переход гнойного процесса на соседние вены и их воспаление (тромбофлебит). Наиболее часты эти осложнения при близости фурункула к большим венам, особенно на лице (область губы и носа), где это осложнение нередко ведет к быстрой смерти больного от тромбоза синусов мозга и общего гнойного заражения.

Симптомы и течение. Воспалительная инфильтрация в окружности волосяного мешочка, дающая поверхностное припухание, покраснение и уплотнение ограниченного участка кожи. Инфильтрированный участок возвышается над поверхностью кожи, имеет цианотично-красный цвет, плотен и болезнен; в центре соответственно выходу волоса отмечается черная или желтоватая точка. Общих лихорадочных явлений может

не быть ввиду ограниченности процесса, но в некоторых случаях, особенно при фурункулах на лице, температура больного может подниматься до 39° и даже 40°. Обычно отмечаются болезненность, функциональные расстройства, припухают и становятся болезненными регионарные узлы.

В центре инфильтрата происходит гангренизация волосяного мешочка с окружающей его клетчаткой, а в окружении — гнойное расплавление ткани. Соответственно вершине припухлости гной отслаивает эпидермис и имеет вид небольшого желтого пузырька. При его вскрытии свободного оттока гноя обычно не наступает, пока не выделится вместе с гноем или не будет извлечен кусочек омертвевшей клетчатки кругом волосяного мешочка, имеющий характерную конусообразную форму (стержень) и закрывающий выход гною. По отхождении омертвевших тканей образуется гнойная полость, инфильтрат в окружности уменьшается, боль стихает и полость выполняется грануляциями, а затем рубцуется. Срок заживления — от нескольких дней до нескольких недель.

Лечение. Широко применяемым в настоящее время методом лечения отдельных фурункулов является введение под инфильтрат со стороны здоровой кожи 50 000—100 000 ЕД пенициллина в 0,5% растворе новокаина. Хороший результат дает и внутримышечное введение пенициллина. В первые дни применяют горячие и световые ванны или облучение кварцевой лампой, аутогемотерапию по 10 мл через день.

Обсеменение фурункулами окружающих участков кожи наблюдается нередко при неправильном лечении (длительном применении согревающих компрессов, дающих слущивание эпидермиса и появление новых фурункулов). При образовании гнойного расплавления ткани стержневая пробка гангренозных тканей легко удаляется пинцетом. В дальнейшем гранулирующая рана может быть прикрыта индифферентными мазевыми повязками.

Профилактика см. *Карбункул.*

ФУРУНКУЛЕЗ (FURUNCULOSIS). Часто наблюдается у слабых, истощенных больных или у больных с нарушенным обменом веществ, особенно тяжело протекает у больных сахарной болезнью.

Лечение. Кроме местного (см. *Фурункул*), необходима пенициллинотерапия и общее укрепляющее лечение (мышьяк под кожу, препараты железа, пивные дрожжи по 1 столовой ложке 3 раза в день), светолечение (кварцевая лампа). Кроме того, рекомендуется тщательное соблюдение личной гигиены, частая смена белья, теплые ванны, исключение алкоголя, острой пищи и пряностей, лечение расстройств обмена и хронических инфекционных заболеваний.

ЦИСТИТ. ВОСПАЛЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (CYSTITIS). Возбудители: наиболее часто кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, гонококк и т. п.

Симптомы и течение. При остром цистите основной признак — частое и болезненное мочеиспускание, причем выводится небольшое количество мочи (20—30 мл). Моча мутная, содержащая гной. В конце мочеиспускания может выделиться немного крови. Температура субфебрильная или нормальная. Через несколько дней при соблюдении режима и лечения процесс затихает. Длительность болезни 10—15 дней. При хроническом цистите все явления выражены слабее; мочеиспускание менее учащено, мало болезненно; моча мутная.

Лечение. Тепло (грелки, сидячие ванны); в некоторых случаях прибегают к наркотикам, свечи с белладонной. Применяют пенициллин, уротропин, салол, стрептоцид и т. п. По стихании острых явлений назначают промывание пузыря слабыми растворами ляписа (1 : 5000) с доведением их до 1 : 1000 или раствор оксицианистой ртути от 1 : 4000 до 1 : 2000 и риванола 1 : 1000. Диета молочная и вегетарианская.

При хроническом цистите — устранение причины, после чего назначают то же лечение, что и при остром цистите.

ШОК ТРАВМАТИЧЕСКИЙ. Под шоком (шоковое состояние) следует понимать внезапно возникающее вслед за травмой тяжелое общее состояние организма, обусловленное патологическими процессами, происходящими в центральной нервной системе под влиянием сильнейших болевых раздражений, связанных с травмой. Наблюдается после ранений, ушибов, тяжелых операций и распространенных ожогов. Раздражение при ранении большого числа чувствительных нервов и их окончаний дает мощный поток импульсов в центральную нервную систему, реакция которой выявляется в картине шока.

Огромное значение имеют функциональные изменения в нервной системе, предрасполагающие к развитию шока: повышение нервно-психической возбудимости, предшествовавшие травме психические потрясения и переживания, физическое переутомление, истощение и голодание, охлаждение, кровопотеря, длительная транспортировка.

Клинически различают ранний шок (первичный), который развивается непосредственно вслед за травмой, и поздний (вторичный), развивающийся спустя некоторое время после ранения или произведенной операции под влиянием нарастающих болевых ощущений, кровотечения, а также других факторов, способствующих развитию шока.

Симптомы и течение. По картине болезни различают две фазы шока: первая фаза — «эректильный шок», связана с явлениями возбуждения, а вторая фаза — «торпидный шок», характеризуется состоянием угнетения. Некоторые различают третью фазу шока — истощение нервной системы, завершающееся параличом центров головного, спинного мозга и смертью организма. Клиническая эректильная фаза шока характеризуется состоянием возбуждения и страха при наличии беспокойных движений в конечностях, покраснения лица, частого и малого пульса. Для торпидной фазы характерна апатичность, безучастное состояние при сохранении сознания, падение артериального давления, учащение пульса до 120 ударов в минуту и выше (до полного исчезновения). Дыхание поверхностное, учащенное, температура понижена, количество мочи уменьшено. При осмотре больного отмечают бледность покровов, холодный пот; лицо осунувшееся, зрачки расширены, плохо реагируют на свет; нередко наблюдается тошнота, икота, рвота.

Профилактика. Для раненого должны быть созданы условия полнейшего покоя. В тех случаях, когда ранение может быть болезненным (например, открытые переломы конечностей), больного транспортируют в шинной повязке и обеспечивают ему максимальные удобства, покой и быстроту доставки. При первой возможности таким раненым вводят 1 мл 1% раствора морфина или 2 мл 2% раствора пантопона, дают алкоголь, согревают их.

Наиболее эффективно предупреждает шок применение новокаиновой блокады для перерыва проводимости болевых импульсов.

Лечение. Устранение причины, вызвавшей шок, уменьшение болевых ощущений, остановка кровотечения и т. д. Основными задачами при лечении шока будут: 1) перерыв проводимости болевых импульсов путем новокаинового блока; 2) уменьшение реактивности центральной нервной системы путем введения наркотиков (морфин, пантопон, алкоголь); 3) улучшение кровообращения как путем дачи сердечных средств (камфара, кофеин), так и путем внутривенного вливания больших количеств физиологического раствора, глюкозы, противошоковых жидкостей и переливания крови; 4) борьба с моментами, отягощающими шок, интоксикация, кровопотеря, гипоксемия и т. д. Голове больного придают низкое положение, согревают больного, дают ему пить, назначают возбуждающие средства: крепкий кофе, чай. Производят только неотложные операции, необходимые для спасения жизни, например остановка кровотечения; в прочих случаях сначала выводят больного из состояния шока, а затем оперируют.

ЭЛЕКТРОТРАВМА. Возникает при прикосновении к неизолированным включенным в сеть проводам, а при высоковольтном токе — при приближении к токоведущей части, при коротком замыкании или ударе молнии вблизи пострадавшего.

Опасны не только токи высокого напряжения, но и токи низкого напряжения, т. е. применяемые в быту токи в 120 и 210 V, ввиду того что токи высокого напряжения значительно больше защищены и лучше применяются мероприятия по охране труда. С токами слабого напряжения соприкасаются широкие круги населения и правила защиты от действия тока нередко нарушаются, поэтому и электротравма чаще наблюдается при воздействии тока обычных городских сетей.

Большое значение для появления электротравмы имеет ослабление сопротивляемости кожи току (детский возраст, влажная кожа). Одно и то же напряжение тока может дать различный эффект, в зависимости от продолжительности действия и еще ряда условий.

Различают при действии тока два механизма смерти: смерть от появления фибрилляции сердца под действием более слабых токов и смерть от остановки дыхания под действием тока высокого напряжения.

Симптомы. Потеря сознания, остановка дыхания, судорожное сокращение мышц. Если действие тока не прекратится, быстро наступает смерть, нередко состояние мнимой смерти. По возвращении сознания — головная боль, вялость, сонливость, утомляемость, бессонница и очаговые изменения со стороны нервной системы, расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы (аритмии, колебания артериального давления). В месте входа и выхода тока бывают небольшие раны с некрозом тканей на поверхности и в глубине, знаки тока на коже, иногда ожоги, обугливание и даже отрывы конечностей.

Действие молний на тело аналогично действию токов очень высокого напряжения. На теле после поражения молнией часто наблюдается так называемая «фигура молнии», т. е. ветвящийся красноватый рисунок по ходу сосудов (кровоизлияния, паралич сосудов).

В течение заболевания иногда внезапно наступают ухудшения общего состояния и тяжелые расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и нервной системы.

При незначительно выраженной воспалительной реакции омертвение тканей развивается нередко на значительно большем протяжении, чем можно было думать по первому осмотру. В момент отторжения мертвых тканей нередки кровотечения.

Первая помощь. Нужно быстро прекратить действие тока на пострадавшего. Если возможно, лучше всего выключить ток (рубильник, выключатель) или пересечь провод, что возможно, конечно, только с изолированными проводами обычного городского тока.

Оттащить пострадавшего от проводов не всегда легко, так как при этом можно самому пострадать от тока. Надо пользоваться для этого плохими проводниками электричества и с их помощью оттолкнуть пострадавшего от проводов. Как плохие проводники могут служить резиновые перчатки, шелковые ткани, шерсть и сучья от сухого дерева. Можно также постараться изолироваться от земли (надеть резиновые сухие калоши, встать на сухую доску и т. д.).

При наступившей остановке деятельности сердца и дыхания (картина мнимой смерти) необходимы меры оживления пострадавшего. Проведение на месте происшествия искусственного дыхания (несколько часов) до восстановления нормального дыхания или до появления несомненных признаков смерти. Для поднятия сердечной деятельности — камфара, кофеин, дигален.

В специальных условиях на здравпунктах предприятий, где могут быть электротравмы, возможно применение мер специального характера: искусственное дыхание с помощью специальных аппаратов, воздействие

одиночного разряда специального аппарата (конденсатора) на фибрилляцию сердца и внутриартериальные переливания крови.

Лечение. Пострадавший подлежит госпитализации ввиду возможности наступления вторичных патологических расстройств.

Лечение электротравмы требует иногда значительного срока. В стационаре применяется вдыхание кислорода, введение глюкозы, большого количества жидкости, лечение параличей и других поражений нервной системы. При возбуждении — наркотики.

При падении сердечной деятельности назначают возбуждающие средства. Лечение электроожогов см. *Ожоги*.

ЭПИДИДИМИТ. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТКА ЯИЧКА (EPIDIDYMITIS). Наиболее часто развивается как осложнение гонорейного уретрита.

Симптомы и течение. Острый эпидидимит протекает бурно: резкие боли, температура повышается, придаток увеличивается, становится резко болезненным, половина мошонки увеличивается в размере, кожа краснеет, складки ее сглаживаются. Острый период длится 5—7 дней.

Лечение. Сульфаниламидные препараты (по 2—3 г в день), пребывание в постели с приподниманием мошонки суспензорием, тепло, компрессы, свечи с белладонной или морфином, пенициллин.

ЭПИСПАДИЯ (ОТСУТСТВИЕ ВЕРХНЕЙ СТЕНКИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА) И ГИПОСПАДИЯ (ОТСУТСТВИЕ НИЖНЕЙ СТЕНКИ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА). Гипоспадия и эписпадия относятся к врожденным аномалиям. При гипоспадии наружное отверстие уретры расположено на нижней (задней) поверхности. Член иногда искривлен, при промежностной форме гипоспадии (ложный гермафродитизм) мошонка расщеплена по средней линии и очень похожа на женские половые губы; недоразвитый член принимается за клитор, а расположенное в глубине отверстие уретры — за влагалище. У ребенка может быть одновременно крипторхизм. При эписпадии наружное отверстие уретры расположено на верхней (передней) стенке; член искривлен кверху.

Лечение. Оперативное.

ЭХИНОКОКК (ECHINOCOCCUS). Пузырчатая стадия ленточного глиста, обитающего в кишечнике собаки. Выделяющиеся с испражнениями яички глистов при загрязнении ими рук, овощей и т. д. попадают в кишечник человека. После растворения оболочки яйца зародыши внедряются в стенку кишки, попадают в вену и с током крови в капилляры печени; здесь и задерживаются наиболее часто, проходя пузырчатую стадию. Пузырь эхинококка окружен соединительнотканной капсулой, развивающейся из пораженного органа. Внутри пузыря содержатся жидкость, зародыши и дочерние пузыри. Пройдя капилляры печени, зародыши эхинококка могут задержаться в капиллярах легкого (эхинококк легкого) или попасть с током крови в любой орган.

Симптомы. Характерно бессимптомное появление большой, округлой эластической опухоли какого-либо органа. При сдавливании соседних органов увеличенным пузырем — функциональные нарушения и боли. В крови эозинофилия. Уточняют диагноз специальными реакциями.

Осложнение — нагноение эхинококка, вскрытие в серозные полости (шок, крапивница, обсеменение — появление множественных кист в брюшной полости и плевре).

Лечение. Хирургическое иссечение или рассечение пузыря и удаление содержимого.

Профилактика. Тщательное захоронение или сжигание эхинококковых пузырей рогатого скота при убое его. Недопущение собак в комнаты или предварительное исследование испражнений комнатных собак на поражение эхинококком, мытье рук перед едой. Употребление только вымытых овощей.

ЭХИНОКОКК ПЕЧЕНИ (ECHINOCOCCUS HEPATIS). Чаще эхинококк поражает правую долю печени в виде одного большого пузыря, со-

держащего прозрачную янтарного цвета жидкость, в которой плавают крючья и дочерние пузыри эхинококка. Такой эхинококк называется однокамерным. При альвеолярном эхинококке находят многочисленные желтые узлы с кистами величиной с горошину.

Симптомы и течение. При росте опухоли иногда жалобы на чувство тяжести. Токсическое действие паразита вызывает появление крапивницы, тошноту, рвоту, поносы. Опухоль растет медленно. При альвеолярном эхинококке наблюдаются желтухи. При исследовании печень плотна, бугриста. Эхинококк может нагноиться, повышается температура, появляется озноб.

Распознавание. Увеличенное количество эозинофилов в крови. Положительная кожная реакция Каццони. Проколы эхинококкового пузыря противопоказаны. Дифференцируется с непаразитарными кистами, абсцессами печени, водянкой и эмпиемой пузыря, кистами поджелудочной железы, гидронефрозом, гуммами печени.

Лечение. Оперативное.

ЯЗВЫ (ULCERA). Различают язвы трофические, раковые, сифилитические, туберкулезные, цинготные, варикозные и простые. Последние являются следствием продолжительного механического, химического или температурного раздражения, которое мешает заживлению язвы.

Трофические язвы имеют в основе различные страдания центральной нервной системы и периферических нервов; отличаются особенным упорством, плохо поддаваясь каким бы то ни было лечебным мероприятиям.

Симптомы и течение. Гранулирующая поверхность нередко с грязным и некротическим дном, плотными, иногда подрытыми краями, не имеющая наклонности к заживлению. Язва имеет наклонность распространяться вглубь и вширь, инфицируясь, дает лимфангоиты, иногда вспышки рожистого процесса, отек и инфильтрацию тканей и окружности.

Лечение. В зависимости от характера язвы лечение различно: при раковой язве — оперативное, при сифилитической — специфическое, при туберкулезной — светолечение и общее лечение, при простой язве — местное применение индифферентных мазевых повязок (стерильный вазелин, рыбий жир). При лечении трофических язв применяют воздействия на нервную систему (блок по Вишневскому).

ЯЗВА ГОЛЕНИ ВАРИКОЗНАЯ (УЗЛОВАТАЯ) (ULCUS CRURIS VARICOSA). Развивается на почве расстройства кровообращения при расширении вен бедра и голени. Возникает обычно из небольших кожных ссадин, расчесов и фурункулов, ведущих к образованию изъязвлений, которые не заживают из-за ослабленного питания тканей.

Симптомы и течение. Язвы круглой или овальной формы с пологими краями, дно покрыто вялыми цианотичными грануляциями с серо-гнойным налетом, а отделяемое нередко со зловонным запахом. При длительном течении в окружности язвы появляется буро-коричневая пигментация. Малая наклонность к заживлению, длительное течение, наклонность к рецидивам, нередкие кровотечения из прорвавшихся расширенных вен. Отечность и повторные рожистые воспаления могут повести к слоновости конечности.

Лечение. Для улучшения кровообращения необходимо лежачее положение с приподнятой ногой или сдавление вен путем бинтования эластическим трикотажным бинтом. Бинтуют утром в постели, начиная со стопы до средней трети бедра, равномерно сдавливая конечность. Бинт снимают только на ночь.

Для улучшения кровообращения — повязка из пасты Унна: окиси цинка 100 г, желатины 200 г, воды 300 мл, глицерина 400 мл. При наложении повязки берут кусок массы, распускают ее в сосуде, поставленном в горячую воду, и намазывают с помощью кисти бинт, которым забинтовывают стопу и голень. Повязку меняют через 10—15 дней. На язву можно

также наложить черепицеобразно полоски липкого пластыря или сделать повязку из мази Вишневского, стерильного вазелина или рыбьего жира.

Профилактика. Избегать расчесов и ссадин при варикозном расширении вен. Ношение эластического бинта или чулка. Оперативное лечение варикозного расширения вен.

ЯЗВА ПЕПТИЧЕСКАЯ (ULCUS PEPTICUM). Развивается после операции на желудке (гастроэнтеростомии, резекции желудка) спустя несколько месяцев и даже лет. Располагается в области анастомоза на приводящей петле и часто сопровождается образованием инфильтрата. Язва прогрессирует и имеет наклонность к прободению. В некоторых случаях образуется свищ, соединяющий желудок и поперечноободочную кишку.

Симптомы. Боли в подложечной области, в области пупка, тошнота, рвота, исхудание, высокая кислотность. Самопроизвольное заживление редко.

Лечение. Оперативное.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ см. *Внутренние болезни.*

ЯЗЫКА ОСТРОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ (GLOSSITIS PURULENTA). Наблюдается на почве повреждений языка, при нагноении десен, при язвенном стоматите.

Симптомы и течение. В мышцах языка образуется инфильтрат, отек и болезненность. В дальнейшем появляются гнойники. На дне полости рта развивается флегмона. Затруднение при приеме пищи, жидкостей; создается угроза дыханию. Обильное слюнотечение. Температура высокая, интоксикация. В тяжелых случаях может развиться общее заражение, пневмония и отек голосовой щели.

Лечение. Оперативное.

ГЛАВА VI

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС МОЗГА (ABSCESSUS CEREBRI) см. *Хирургические болезни. Абсцесс мозга.*

АРАХНОИДИТ. ВОСПАЛЕНИЕ ПАУТИННОЙ ОБОЛОЧКИ МОЗГА (ARACHNOIDITIS). Ограниченное воспалеине оболочек мозга и скопление спинномозговой жидкости в спайках паутинной оболочки головного или спинного мозга возникает в результате общих инфекций, как осложнение при заболеваниях придаточных полостей носа, заболеваниях глазницы, отогенных процессах, при травме головного или спинного мозга, вследствие перенесенного менингита, кровоизлияния под оболочки.

Симптомы и течение. Начинается без температуры или при наличии высокой температуры. Рвота, менингеальные симптомы, судороги, параличи конечностей, сонливость. Все симптомы зависят от локализации процесса. В спинномозговой жидкости увеличено количество белка. Течение вялое. Отмечаются периодические улучшения.

Распознавание. Распознавание основывается на анамнезе, течении болезни и исследовании спинномозговой жидкости. При бестемпературном течении дифференцировать с опухолью головного и спинного мозга.

Лечение. В остром периоде — массивное лечение антибиотиками (пенициллин, стрептомицин), салицилаты, внутривенное вливание 40% раствора уротропина по 5 мл через день и 40% раствора глюкозы с витаминами B_1 и С по 20 мл (12—15 вливаний), в хронических стадиях — йодистые препараты (инъекции биохиноля), тепловые процедуры. При повышении внутричерепного давления — внутримышечное введение 5—10 мл 10—20% раствора сернокислой магнезии (15—20 инъекций через день). Внутривенно йодистый натрий (10% раствор) по 10 мл через день (8—10 вливаний). При спинномозговых арахноидитах — люмбальные пункции или хирургическое вмешательство.

Профилактика. Своевременное лечение гриппа и других инфекционных заболеваний, раннее распознавание и лечение воспалительных процессов в придаточных полостях носа. В остром периоде заболевания изоляция.

Rp. Sol. Kalii jodati 3% 200,0
DS. По 1 столовой ложке
3 раза в день

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 20% 5,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Для внутримышечного введения

АТЕРОСКЛЕРОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ARTERIOSCLEROSIS CEREBRI). Развивается преимущественно у пожилых людей после 40—50 лет. Является следствием нарушения липоидного обмена в организме (холестеринемия), артериальной гипертонии, инфекции и интоксикации.

Симптомы и течение. Головные боли, головокружение, шум в ушах, бессонница, ослабление памяти и работоспособности, неустойчивое настроение, слезливость, в резко выраженных случаях дрожание рук и языка. Течение хроническое, прогрессирующее. Иногда (особенно после

психических переживаний) все симптомы обостряются и наступает предынсультное состояние, усиливается шум в голове, головокружение, появляется ощущение ползания мурашек в руке и ноге, подергивание в конечностях. При тяжелых формах наступает инсульт *(см.)*. Расстройства психики см. *Артериосклероз головного мозга.*

Распознавание. Дифференцировать с гипертонической болезнью *(см.)* и с сосудистыми формами нейросифилиса.

Профилактика и лечение. Регулировать труд и отдых; соблюдать выходные дни и очередные отпуска. Спать не менее 6—8 часов в сутки. Максимально пользоваться свежим воздухом. Систематически ежедневно заниматься гимнастикой. Не курить и полностью устранить прием спиртных напитков. Мясные супы есть не чаще чем 2 раза в неделю; мясо и рыбу употреблять исключительно в вареном виде. Ограничить употребление в пищу животных жиров (20—25 г в сутки); отказаться от яичных желтков, печени, почек, мозгов, жирного мяса, избегать соленой пищи. Рекомендуется творог, треска, бобовые блюда, молоко, сок свеклы, аскорбиновая кислота.

Общее количество жидкости не должно превышать 1—1,5 л в сутки. Ужинать не позднее чем за 2—3 часа до сна. Следить за регулярным отправлением кишечника — этому способствует молочно-растительная пища; ежедневно употреблять простоквашу на ночь, компот из чернослива; клизмы и периодический прием слабительных. Особое внимание должно быть обращено на улучшение сна: прогулки перед сном в спокойном месте, теплые общие или ножные ванны. Устранение всего, что мешает сну: шум, чтение перед сном возбуждающих книг, газет и т. п., а также питье крепкого чая или натурального кофе.

Внутрь йодистые препараты. Так как препараты йода приходится применять систематически и долго, лучше всего пользоваться органическим соединением, не раздражающим желудка. Йод применять периодически несколько месяцев подряд, а затем, после месячного перерыва, приступать к повторному лечению.

Йодную настойку или люголевский раствор принимать по 4—8—10 капель 2 раза в день на молоке. Все йодистые препараты принимать после еды. Йодистое лечение начинать в теплое время года. Периодически проверять кровь на протромбин и в случае повышенного количества назначить антикоагулянты (дикумарин, генарин, пелентан). При подозрении на предынсультное состояние больного уложить, на затылок поставить горчичники, пиявки, холод на голову, горячие ножные и ручные ванны, слабительное, сосудорасширяющие (эуфиллин по 0,1—0,2 внутрь 2 раза в день).

При нерезких формах атеросклероза показано курортное лечение в Кисловодске не в летние месяцы.

Rp. Sajodini 0,5
D. t. d. N. 18
S. По 1 таблетке 3 раза в день через час после еды

Rp. Sol. Kalii (Natrii) jodati ex 4,0 (6,0) : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день после еды, на молоке

БЕССОННИЦА (INSOMNIA). Признак функциональных и органических заболеваний нервной системы; встречается также при инфекционных и соматических заболеваниях. У молодых людей — после переутомления, часто при гипертонии, в пожилом возрасте — вследствие артериосклероза головного мозга. Упорное нарушение сна, изменение его ритма, головные боли, головокружение заставляют думать об энцефалите *(см.)*.

Распознавание основывается на тщательно собранном анамнезе и клинических наблюдениях.

Лечение. При внутренних или инфекционных болезнях необходимо лечить основное заболевание. При лечении бессонницы, связанной с пере-

утомлением, хороший эффект дают регулирование умственной работы, сон в строго установленные часы и ограничение курения. При артериосклерозе — йодистые препараты, диуретин (по 0,5 г три раза в день); перед сном — прогулки, ножные горячие ванны, влажные укутывания, общие ванны с хвойным экстрактом. Хорошо действуют небольшие дозы брома, влияющие на тормозной процесс коры головного мозга (2% раствор бромистого кальция). В случаях бессонницы, связанной с болевыми ощущениями, — пирамидон. Фенацетин, хорошо в комбинации с люминалом, барбамил или другие снотворные.

Rp. Pyramidoni 0,3
Luminali 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку перед сном

Rp. Luminali 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке перед сном

БОЛЕЗНЬ ГЕЙНЕ-МЕДИНА см. *Полиомиелит острый.*
ВЕГЕТАТИВНЫЙ НЕВРОЗ см. *Неврозы.*
ВИБРАЦИОННАЯ БОЛЕЗНЬ. Профессиональное заболевание, вызванное вибрацией ручных инструментов, станков и другого оборудования. Наблюдается у клепальщиков, полировщиков, обувщиков, шлифовальщиков. Чаще заболевают лица, страдающие нервно-сосудистой неустойчивостью, органическими или функциональными заболеваниями нервной системы.

Заболевание начинается исподволь и постепенно нарастает. Больные жалуются на головные боли, шум в ушах, тяжесть в голове, повышенную раздражительность, быструю утомляемость, ослабление памяти, плохой сон, иногда обморок. По мере развития болезни появляются ноющие боли в конечностях, чувство онемения, судороги в икроножных мышцах, расстройство чувствительности. Больные легко зябнут, сильно потеют, конечности у них влажные, цианотичные. Часто беспокоит зуд. Несколько позже отмечается отечность кистей, атрофия межкостных мышц. Кожа на ладонной поверхности кистей, стоп и пальцев утолщена, покрыта трещинами, пальцы деформированы. Температура тела иногда повышается до 38°. В далеко зашедших случаях — различные нарушения внутренних органов.

Распознавание основывается на тщательном изучении профессионального анамнеза, условий работы и технологии производства. Нужно исключить инфекционный полиневрит *(см.)* и сирингомиелию *(см.)*.

Лечение. В ранних стадиях заболевания временно снять с работы, связанной с вибрацией. Общеукрепляющее лечение. Глютаминовую кислоту, инъекции витамина B_1 и B_{12}, хвойные ванны. Лечебная физкультура. В более позднем периоде — стационарное лечение. Новокаиновая блокада, физиотерапия, радоновые ванны, грязи, массаж. Внутрь дифацил в порошках по 0,25 три раза в день в течение 30—40 дней, болеутоляющие, глицерофосфаты, бромистые препараты, снотворные. Лечебная гимнастика. Пища должна быть богата белками и витаминами. Показано курортное лечение. После лечения больные должны направляться на ВТЭК для перевода на работу, не связанную с вибрацией.

Профилактика. При отборе на работу, связанную с вибрацией, учитывать состояние здоровья. Добиваться улучшения условий труда и отдыха рабочих, подвергающихся действию вибрации. Обязательны физкультурные паузы во время работы. Внутрь витамин B_1.

ВОДЯНКА ГОЛОВНОГО МОЗГА. ГИДРОЦЕФАЛИЯ (HYDROCEPHALUS). Заболевание связано с чрезмерным накоплением спинномозговой жидкости между оболочками и в полостях желудочков мозга; последние растягиваются и сдавливают вещество мозга. Чаще всего встречается в детском возрасте в результате перенесенного менингита и внутриутробного поражения центральной нервной системы. Может быть вторичным — при опухолях мозга, травме черепа (сотрясение, контузия мозга), сифилисе и других инфекционных поражениях центральной нервной системы.

Симптомы и течение. Большие размеры черепа, расхождение черепных швов, расширение вен на голове, у детей увеличение родничков, головные боли, застойные явления на дне глаза. Эпилептические припадки, параличи, отсталость умственного развития, изменения психики, нарушение обмена веществ. Профилактические мероприятия должны быть направлены на предупреждение внутриутробных болезней, родовых травм и своевременное лечение инфекционных заболеваний.

Лечение. При подозрении на сифилис (или в случаях врожденной водянки) — курс специфического лечения. В остальных случаях с целью рассасывания — йодистые препараты. Дегидратационная терапия: внутривенные вливания 40% раствора глюкозы (30—50 мл), 20% раствор сернокислой магнезии внутримышечно (5—10 мл), периодическое выпускание спинномозговой жидкости. В некоторых случаях эффективна рентгенотерапия. Хирургическое лечение.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ (CEPHALALGIA). Причины весьма разнообразны: мозговые опухоли и абсцессы, сосудистые заболевания головного мозга, заболевания мозговых оболочек, инфекционные заболевания, отравления, малокровие, переутомление, нарушение зрения, мигрень, заболевания придаточных полостей носа и т. д.

Симптомы и течение. Боли обычно наступают приступами. По характеру они могут быть тупые, давящие, стягивающие, острые, режущие, стреляющие. Часто сопровождаются тошнотой и рвотой. Интенсивность болей зависит от локализации и причин, которые их вызывают. Головные боли, связанные с повышением внутричерепного давления, резко усиливаются при кашле, чихании, сморкании, физическом напряжении и потугах. При малокровии и переутомлении боли тупые, локализующиеся в области лба, темени, висках; течение длительное, рвоты обычно не бывает. При мигрени *(см.)* головные боли своеобразны.

Распознавание. Тщательное выявление причин заболевания. Во всех случаях головных болей — исследовать дно глаза и измерить артериальное давление.

Лечение. Лечить основное заболевание. При повышении внутричерепного давления — внутримышечно 5—10 мл 20% раствора сернокислой магнезии (10—15 инъекций). Внутрь — пирамидон, фенацетин, кофеин.

Rp. Pyramidoni
Phenacetini āā 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке при головной боли

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ (VERTIGO). Симптом малокровия, переутомления, спазма мозговых сосудов при гипертонической болезни, сотрясения мозга, поражения мозжечка, энцефалита, сифилиса мозга, опухоли мозга, рассеянного склероза, меньеровского синдрома, заболевания внутреннего уха и вестибулярного аппарата.

Распознавание. Распознавание основывается на выявлении причин заболевания. При меньеровском синдроме головокружение наступает приступами, сопровождающимися шумом в ушах, нарушениями равновесия, появлением нистагма, рвотой и глухотой. Оно может быть более или менее постоянным (малокровие, переутомление, энцефалит с поражением мозжечка), появляться при переменах положения головы, вставании (поражение мозжечка, вестибулярного аппарата). В каждом случае — измерить артериальное давление.

Лечение. При малокровии и переутомлении — общеукрепляющее лечение и отдых. При приступе меньеровской болезни — полный покой, лед на голову, тепло к ногам, инъекции атропина (1 мл 0,1% раствора). В периоды между приступами — внутрь бромиды, люминал, кальций. При

гипертонии — кровопускание (200—300 мл) или пиявки, горчичники на сосцевидный отросток, диуретин с люминалом; временно (8—10 дней) постельный режим; при сотрясении мозга — покой, вливание 40% раствора глюкозы по 20 мл.

При лабиринтитах различного происхождения — лечение основного заболевания. Лицам, страдающим головокружением, должны быть запрещены профессии, связанные с работой на высотах, на транспорте, в шумной обстановке.

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Natrii bromati
Kalii bromati āā 3,0
T-rae Valerianae 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Atropini sulfurici 0,01
Aq. Laurocerasi 5,0
Aq. destill. 15,0
MDS. По 6—8 капель 2—3 раза в день

ЗАИКАНИЕ (BALBUTIES). Расстройство речи. Наступает при испуге, страхе, травме, вследствие подражания, в результате истощения нервной системы после различных заболеваний. Особенно часто встречается как невроз в детском возрасте.

Симптомы. Симптомы проявляются разнообразно. Часто наблюдается наклонность к повторению первых звуков и слогов (клоническая форма) или же длительные остановки и нажим на первых звуках (тоническая форма).

Речь сопровождается поверхностным дыханием и быстрым выдыханием; часто ей сопутствуют непроизвольные движения в мышцах лица, языка и конечностей.

Лечение. Общеукрепляющее: закаливание, сон на воздухе, влажные обтирания, гимнастика, психотерапия, создание спокойной обстановки и правильного режима дня. Обучение у логопеда. Приучать больного к медленной, плавной речи с глубоким вдохом и продолжительным выдохом, помогать ему, подсказывая слова, представляющие затруднение. Внутрь — препараты кальция, небольшие дозы брома и кофеина, глицерофосфаты, витамины.

Rp. Natrii bromati 3,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день

ИКОТА (SINGULTUS). Клонические судороги диафрагмы, сопровождающиеся непроизвольными выдыхательными движениями. Протекает в виде приступов. Возникает как реакция после психических травм, при органических заболеваниях нервной системы (менингит, энцефалит), при заболевании внутренних органов (перитонит, непроходимость кишечника), иногда при переедании.

Лечение. Лечение назначают в зависимости от основного заболевания. Внутрь — люминал, хлороформ по 3—5 капель несколько раз в день, бромиды.

Rp. Luminali 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

ИНСУЛЬТ, МОЗГОВОЙ УДАР (APOPLEXIA CEREBRI). Может наступить вследствие кровоизлияния в головной мозг (при гипертонической болезни, аневризмах сосудов мозга), при тромбозе мозговых сосудов (артериосклероз и ревматизм головного мозга, сифилитический эндартериит), эмболии (при пороке сердца). Инсультообразное начало болезни встречается при опухолях мозга, геморрагических формах энцефалита и васкулитах.

Симптомы и течение. Мозговой инсульт при кровоизлияниях наступает внезапно, часто в связи с психическими переживаниями или тяжелым физическим напряжением; больной теряет сознание или становится багровым, дыхание хрипящим, пульс замедляется и напрягается. При тромбозе развитие инсульта идет медленнее и его наступлению могут предшествовать головные боли и головокружения; лицо становится бледным, пульс слабым, аритмичным. Эмболия наступает внезапно, без каких-либо предвестников; потеря сознания кратковременная. Часто во время инсульта можно отметить асимметрию (неправильность формы) лица, паралич руки и ноги, неравномерность рефлексов, рефлекс Бабинского, отведение глазных яблок и головы в сторону. Гипертонический инсульт наступает при значительном колебании гипертонических явлений. Ему обычно предшествует целая серия кризов, выражающихся в приступообразных головных болях, головокружениях, рвоте, бессоннице. Гипертонический инсульт иногда протекает без потери сознания, чаще с большей или меньшей степенью оглушенности и спутанности. Тромбоз наблюдается чаще в пожилом возрасте, эмболия — в молодом, кровоизлияние — в любом возрасте. Клинические симптомы в основном зависят от локализации поражения.

В результате инсульта развиваются параличи и нарушения чувствительности, чаще всего в форме гемиплегии. В момент инсульта опасность для жизни тем больше, чем обширнее кровоизлияние, чем дольше и глубже коматозное состояние. При тромбозе и эмболии прогноз для жизни благоприятнее, но в отношении параличей неблагоприятен; больной может научиться ходить с трудом и неполноценно владеть рукой; речь восстанавливается плохо.

Распознавание. Распознавание основывается на внезапном развитии мозговых симптомов при кровоизлияниях и, наоборот, постепенности развития симптоматики при сохранении сознания в случае тромбоза. Необходимо иметь в виду возможность пищевой интоксикации, отравления, диабетическую кому (сопровождается мышечной атонией и запахом ацетона изо рта), эклампсию (у беременных), уремию (отмечается запах разлагающейся мочи).

Лечение. Абсолютный покой в постели с умеренно приподнятой головой; не тормошить, не ворочать, не переносить больного. При кровоизлияниях — холод на голову, тепло к ногам; при тромбозах — тепло на голову; при гипертонии — пиявки за уши (по 5—4 штуки с каждой стороны), кровопускание (300—500 мл), очистительная клизма. Перевозка в больницу в остром периоде заболевания противопоказана. Если это абсолютно необходимо, разрешается переезд на специальном транспорте. Больного надо положить на удобную и со всех сторон доступную кровать совершенно раздетого. Особое внимание уделяют уходу: необходимо следить за сердцем (рекомендуются-инъекции камфары; кофеин при гипертонических кровоизлияниях противопоказан) и легкими; обтирать тело камфарным спиртом или водкой, поворачивать с бока на бок во избежание пролежней (очень осторожно!). При задержке мочи — катетеризация; при запорах в остром состоянии — клизмы, затем легкие послабляющие средства (лакричный порошок). При коматозном состоянии ничего нельзя вливать в рот, необходимо вынуть изо рта имеющиеся у больного съемные зубные протезы. В первые часы после инсульта внутривенное введение 0,24 г эуфиллина на 10 г глюкозы (введение в этот период эуфиллина внутрь или подкожно неэффективно). Несколько позже назначают папаверин (0,02) в со-

четании с люминалом (0,05) и теоброминой (0,3). При ангиоспатических болях в сердце — валидол или нитроглицерин. Чтобы предупредить развитие пневмонии — курс пенициллинотерапии. Дней через 10 после начала заболевания можно назначить йодистую терапию, лучше всего в виде раствора йодистого калия или натрия, бийохинол и диуретин, при беспокойстве — бромиды, люминал. Для лечения последствий сифилитического происхождения — специфическое лечение. Рекомендуется избегать переедания, спиртных напитков и курения. Вставать разрешается не ранее 3—4-й недели с момента возникновения инсульта.

Диета должна быть легкой, смешанной, с преобладанием молочно-растительной. По истечении 7—10 дней от начала заболевания — постепенное лечение массажем, активной и пассивной гимнастикой (начиная с 3—5 минут, избегая утомления). Восстановлению движения содействует подкожное введение прозерина (1 мл 0,05% раствора 2 раза в день). Для снижения мышечного тонуса тропацин (0,012 по одной таблетке 2 раза в день) 2—3 недели или элантин (0,01) сначала по одной таблетке в день, затем по 2—3 таблетки в течение 20 дней.

Через 1—2 месяца после острого периода показаны теплые ванны, в более молодом возрасте — ионизация с йодистым калием (через день, 20—25 сеансов).

Rp. Diuretini 0,5
Luminali 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Natrii jodati 8,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 3 столовые ложки в день

Rp. Inf. rad. Valerianae 6,0 : 200,0
Natrii bromati 6,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

ИШИАС см. *Неврит. Радикулит.*

КАУЗАЛЬГИЯ (CAUSALGIA) наблюдается особенно часто при травматических невритах, иногда при инфекционных поражениях периферического нерва.

Симптомы и течение. Жгучая боль по ходу поражения нервов, иногда уменьшающаяся при прикосновении мокрой тряпки, сухость кожи. Малейшее дотрагивание резко усиливает боли.

Распознавание. Распознавание основывается на анамнезе. От других сходных болевых синдромов отличается остротой и длительностью течения.

Лечение. Болеутоляющие: пирамидон, промедол, бромиды. Новокаиновая блокада по Вишневскому. Инъекции витамина B_1, ацетилхолин в дозах 0,05—0,1 г по 2—3 раза в день (подкожно). Избегать инъекции морфина, ограничивать введение пантопона. Физиотерапия: ионтофорез с антипирином, продольная гальванизация позвоночника. Наложение вазелиновой повязки на больную конечность. Лечение сном. При безуспешности консервативного лечения — оперативное вмешательство. Иссечение невромы соответствующего нерва.

Rp. Acetylcholini chlorati 0,2
D. t. d. N. 3 in amp.
S. Растворить в 2 мл дважды дистиллированной воды, вводить под кожу по 0,5—1 мл по показаниям

КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ. Может наступить при уремии, диабете, эклампсии, мозговых инсультах, общих инфекциях, интоксикациях, травмах мозга и пр.

Симптомы. Внезапная потеря сознания с нарушением ритма дыхання (чаще чейн-стоксово), изменение пульса, повышение или понижение артериального давления, иногда менингеальные явлеиия, общее беспокойство, бред, нарушение мочеиспускания и дефекации.

Распознавание. Тщательно учесть развитие комы (анамнез, возраст, возможные отравлення). Исследовать кровяное давление, кровь, мочу, нет ли запаха изо рта.

Лечение. Лечение назначают в зависимости от этнологин (см. соответствующие разделы): ннъекцни камфары, внутривенное введение глюкозы, внутрнмышечно — сернокнслая магнезня; при необходимости — кровопускание, пиявки, горчичники; вдыхание кнслорода. При чейн-стоксовом типе дыхания 1% раствор лобелина 0,5—1 мл внутримышечно, при упорной рвоте — иияъекции атропнна, при возбуждении — наркотические средства, тщательный уход.

ЛЮМБАГО (LUMBAGO). Заболевание мышц нижнего отдела позвоночника. Возникает при сочетании охлаждения н мышечного утомления (прострел).

Симптомы н течение. Внезапно наступающая резкая острая боль в пояснично-крестцовой области, усиливающаяся при движении, кашле, чихании, натуживании, перемене положения. Острое состояние длится 3—10 дией; нередко наблюдаются рецидивы.

Распознавание. На основе анамиеза и пальпации мышц. Необходимо исключить заболевание почек, позвоночника, спинного мозга, гинекологические болезни и радикулит *(см.)*.

Леченне. В остром периоде — покой, желательно уложить на твердый матрац, сухое тепло, соллюкс, синнй свет, горячий утюг, мешок с горячим песком, горчичиикн, банки на поясничную область, внутрь — пирамидон, анальгин, салициловые препараты. Растирания. Ииъекции витамина B_1. В упорных случаях — внутрикожные инъекции 0,25% раствора новокаина (15—30 мл) повторио через 3—4 дия (инъекции производятся в толщу кожн наиболее болезненных участков).

Rp. Pyramidoni
Analgini āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Chloroformii
Methylii salicylici
Ol. Hyoscyami āā 10,0
MDS. Для растнрания

МЕНИНГИТ (ВОСПАЛЕНИЕ МОЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК) ГНОЙНЫЙ (MENINGITIS PURULENTA). Может быть вызван любым гноеродным микроорганизмом, проникшнм в подпаутинную полость (при воспалении среднего уха, придаточных полостей носа, абсцессе, воспалении легких, пиурии, травме черепа н др.).

Симптомы и течение. Заболевание развивается бурно: высокая температура, головные боли, рвота, иапряженне затылочных мышц, у детей — судороги. Спинномозговая жидкость гнойная, с огромным количеством гнойных клеточиых элементов.

Распознавание на осиове менингеального сннднома (см. *Инфекционные болезни, Эпидемический цереброспинальный менингит*), характера спинномозговой жидкости. От эпидемического меннигита отличается быстротой течения. В каждом случае немедленно исследовать ликвор и проконсультироваться с отиатром.

Лечеиие. По возможности врач должен удалить очаг инфекции хирургнческим путем. Холод на голову, горячие ванны, глюкоза и уротропин внутривеино; поясничные проколы; внутрь — полный курс сульфаниламидов (по 1 г через каждые 4 часа), витамины (B_1, C). Внутримышечно — пенициллин в 0,5—1% растворе новокаина 3 раза в день по 50 000—100 000 ЕД н одновременно один раз в день 10 000—60 000 ЕД в спинномозговой канал (после выпускания 15—20 мл спинномозговой жидкости).

Эндолюмбально вводят кристаллическую натриевую соль пенициллина, лечить надо до нормализации ликвора и исчезновения всех признаков болезни. Можно делать инъекции стрептомицина (см. *Менингит туберкулезный*). Нередко требуется срочная операция на ухе (при гнойном мастоидите) или на пазухах (при синуситах). Тщательный уход: следить за кишечником, избегать пролежней. Предсказание крайне серьезное. Возможны осложнения в виде глухоты, водянки головного мозга.

Профилактика. Тщательное лечение хронических гнойных процессов, главным образом в ушах и придаточных полостях носа и глаз.

МЕНИНГИТ СЕРОЗНЫЙ (MENINGITIS SEROSA). Возникает при различных общих инфекциях (тиф, паротит, грипп), интоксикациях и травме черепа (см. *Арахноидит*). Иногда возникает при вирусных инфекциях. Чаще как первичный асептический (абактериальный) серозный менингит с преимущественным поражением детских возрастов.

Симптомы и течение. Абактериальный менингит отличается высокой контагиозностью и большей массовостью. Начинается с высокой температуры, которая держится 5—10 дней, общее недомогание, тошнота, боли в животе, гиперемия зева (менингеальный синдром, см. *Инфекционные болезни, Менингит эпидемический цереброспинальный*). Во время эпидемической вспышки часто протекает без менингеальных симптомов как легкое инфекционное заболевание. Спинномозговая жидкость прозрачна, при проколе вытекает под общим давлением. Цитоз увеличен от нескольких десятков до 200 и более клеток, средняя продолжительность заболевания 2—3 недели. Выздоровление полное. Возможны повторения.

Распознавание. Основана на данных клинической картины и исследования спинномозговой жидкости. Необходимо исключить абортивные формы полиомиелита, при которых не наблюдается массовости и большой контагиозности.

Лечение. Внутривенное введение 40% раствора уротропина и глюкозы. Пенициллин. Внутримышечные инъекции 25% раствора сернокислой магнезии, болеутоляющие, витамины, тщательный уход. Обязательная госпитализация на срок не менее трех недель, карантин.

МЕНИНГИТ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ (MENINGITIS TUBERCULOSA). Генерализация (распространение в организме) туберкулезного процесса и обсеменение оболочек мозга. Чаще всего заболевают дети в возрасте 1—7 лет; встречается в любом возрасте. В большинстве случаев развивается у лиц, перенесших туберкулез.

Симптомы и течение. Развиваются постепенно недомогание, усталость, потеря аппетита, головные боли, рвота. Температура в пределах 38—39°, пульс аритмичный, замедленный, запоры. Постепенно появляется менингеальный синдром (см. *Менингит эпидемический*). Спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает под большим давлением; часто через несколько часов выпадает пленка, в которой можно обнаружить туберкулезные палочки. Цитоз вначале не превышает 200—300 в 1 мл. В нелеченных случаях на 20—25-й день наступает смерть. При лечении стрептомицином заболевание принимает хроническое течение, и через 4—8 месяцев наступает клиническое выздоровление.

Лечение. Назначение стрептомицина в наиболее ранние сроки заболевания в условиях стационара. Препарат вводят эндолюмбально или субокципитально в сочетании с внутримышечными инъекциями. Для эндолюмбального или субокципитального введения применяется только хлоркальциевый комплекс стрептомицина. Разовая доза эндолюмбально 200 000—100 000 ЕД (0,02—0,1 г) в зависимости от возраста. Внутримышечно больным в возрасте до 3 лет вводят 0,1—0,2 г препарата в сутки, от 3 до 6 лет — 0,2—0,25 г, от 6 до 8 лет — 0,3 г, свыше 8 лет — 0,4—0,5 г (эти дозы вводят частями 2—3 раза в сутки через равные промежутки в ягодичную область). Внутримышечно стрептомицин вводится в 0,25% растворе новокаина.

Для субарахноидального введения стрептомицина принята следующая схема. Первые 10—12 инъекций делают ежедневно с перерывом на один день после каждых 5—6 инъекций. Последующие инъекции проводят с перерывом в 1—2 дня. Лечение рассчитано не менее чем на 3—4 месяца, и если к концу этого периода отмечается хорошее клиническое состояние при нормальном составе спинномозговой жидкости, лечение прекращают. Весьма эффективным является комбинированное лечение: стрептомицин и ПАСК или фтивазид. ПАСК дают взрослым в дозе 12—16 г в сутки (от 3 до 4 г на прием), детям — в дозе до 3—6 г в сутки (по 1—1,5 г на прием). Рекомендуется запивать минеральной водой или слабым раствором питьевой соды. ПАСК применяют в течение длительного срока в количествах от 1 до 2 кг на курс. Средняя доза фтивазида 1—1,5 г в сутки для взрослых (2—3 раза в день по 0,5 г). Детям суточная доза фтивазида 20—30 мг на 1 кг веса тела; назначается внутрь в 3—4 приема. Высокоэффективным является препарат салюзид. Дозировки такие же, как фтивазида.

При раннем лечении с эффектом применяют ПАСК и фтивазид внутрь, а стрептомицин только внутримышечно без люмбальных пункций. Симптоматически: лед на голову, слабительные, бромиды, пирамидон, вливание глюкозы, препараты кальция, витамины, тщательный уход, полноценное питание. В вяло текущих случаях рекомендуется 3—5 переливаний крови с перерывами в 5—7 дней. Гемипарезы подлежат лечению массажем, лечебной физкультурой и физическими методами лечения. Лечение нужно по возможности проводить в специализированных учреждениях. По окончании больничного лечения больных направляют в санаторий (см. также *Внутренние болезни, Туберкулез*).

МЕНИНГИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЙ см. *Инфекционные болезни, Менингит эпидемический цереброспинальный.*

МИГРЕНЬ (HEMICRANIA). Периодически наступающие сосудистые изменения в головном мозгу часто на почве переутомления, голода, психических травм, менструаций, в связи с аллергическими состояниями. Мигрень может начинаться с детства.

Распознавание. Тщательное соматическое и неврологическое обследование; измерение артериального давления, глазного дна. В упорных случаях пункция с исследованием спинномозговой жидкости, рентгенография черепа.

Симптомы и течение. Периодически наступающие приступы головной боли, локализующиеся чаще в одной половине головы и обычно сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Приступ развивается внезапно, длится несколько часов и чаще всего заканчивается сном.

Лечение. Устранение основных причин. Правильная организация труда и отдыха, прогулки, сон в хорошо проветренном помещении. Во время приступа — тепло или холод (индивидуально) на голову, стягивание головы, внутрь — мигрофен, пирамидон, анальгин, фенацетин, кофеин. В период между приступами — хлористый кальций внутрь или в виде ионизации головы, дарсонвализация головы, внутрь сосудорасширяющие средства. Экстракт алоэ по 1 мл ежедневно подкожно, всего 30 инъекций (3 курса с месячным перерывом после каждого), эндокринные препараты при заболеваниях желез внутренней секреции.

Диета с ограничением мяса, рекомендуются овощи и фрукты, запрещаются крепкий чай, кофе, спиртные напитки, курение; следить за регулярным действием кишечника.

Rp. Diuretini 0,3
Luminali 0,03
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Mentholi 10,0
DS. Несколько капель ментола налить на ладонь и сделать глубокий вдох, а также натереть виски и лоб

Rp. Zinci Valerianici 1,2
Extr. Valerianici q.s. ut f. pil. N. 60
DS. По 1 пилюле 2 раза в день после еды

Повторить 4 раза (4 курса по 60 пилюль). Затем месячный перерыв, во время которого принимать бромистый натрий

МИОПАТИЯ (DYSTROPHIA MUSCULORUM PROGRESSIVA). Заболеванне связано с поражением нервной снстемы и с нарушением эндокринной системы. Встречается у нескольких членов семьи; возникает в детском и юношеском возрасте.

При этой болезни развивается хронический дегенеративный процесс в мышечной ткани, при некоторых формах — в клетках передних рогов спннного мозга и других отделах нервной системы. Мышцы плохо усваивают углеводы.

Симптомы и течение. Резко выраженная атрофия мышц спинных, грудных, плечевого и тазового пояса; резкий лордоз (прогибание позвоночника вперед), «утиная походка». Весьма типично вставание с пола ребенка, страдающего миопатией: становясь на четвереньки, он разгибает колени и опирается на стопы и ладони; затем, оторвав ладони от пола, опирается ими о ноги и, как бы взбираясь с помощью рук по своим ногам и постепснно выпрямляя туловище, переходит в вертикальное положенне. Сухожильные рефлексы поннжены или совсем отсутствуют. Болезнь медленно прогрессирует. Предсказание в далеко зашедших случаях неблагоприятное.

Необходимо дифференцировать с полиомиелитом *(см.)* и полиневритом *(см.)*.

Лечение. Массаж, гимнастика, ионогальванизация с кальцием и теплые ванны. Курс инъекций адреналина (0,1%), всего 30 ннъекций по 1 мл (ежедневно). Усиленная витамннизация. Инъекции витамина B_1 (5%). Витамин Е внутрь по 1 чайной или по 1 столовой ложке концентрированного экстракта 3 раза в день перед завтраком с молоком в течение нескольких месяцев. Инъекции аденозинтрифосфорной кислоты (Natrium — adenosintriphosphoricum). Вводится внутримышечно первые три дня по одному разу в день (разовая доза 1 мл 1% раствора кислоты). Последующие дни 1—2 раза в день (всего 30—40 инъекций).

С успехом производится лечение инсулином. Курс лечения состоит из 30 подкожных инъекций инсулина в постепенно возрастающей дозировке; 5 ннъекций по 0,2 мл (4 ЕД), 10 инъекций по 0,4 мл (8 ЕД), 10 инъекций по 0,6 мл (12 ЕД) и 5 инъекций по 0,8 мл (16 ЕД). Спустя 10 минут после инъекции инсулина или незадолго до нее больному дают внутрь 75—100 г сахара. Рекомендуется 3—4 повторных курса лечения с промежутками в 3 месяца. В ряде случаев удовлетворительный эффект получается при лечении прозерином. Хороший эффект получен от глнкокола в дозах 10—15 г в сутки. Применяется пахикарпин в дозировках 0,05—0,1 г два-три раза в день в течение 30 дней.

Рекомендуется ортопедическое лечение.

МИЕЛИТ ИНФЕКЦИОННЫЙ (MYELITIS). Острое очаговое или рассеянное воспаление спинного мозга. Развивается как последствие различных инфекционных заболеваний: тиф, грипп, скарлатнна, корь, дизентерия, прн вирусных заболеваниях нервной системы, сифилисе и др.

Симптомы и течение. Болезнь развивается остро, за исключением сифилитического миелита, который развивается обычно медленно. Клиннческие симптомы различны и зависят от уровня поражения. Чаще наблюдается попсречный миелит с параличами конечностей, расстройством чувствительности, расстройствами сфинктеров, трофическими явлениями и ранним развитием пролежней. Возможны осложнения, пиелоцистит, уросепсис. Выздоровление медленное, остаточные явления — параличи или парезы.

Лечение. Внутривенные вливания 40% раствора уротропина (12—15 вливаний по 5 мл через день), 1% раствора трипафлавина (8—10 вливаний по 5 мл внутривенно через день), пенициллинотерапия, физиотерапия (ионо-гальвано-диатермия), лечебная гимнастика. Тщательный уход, поворачивание больного, обтирание спиртом.

НЕВРАЛГИЯ (NEURALGIA). Наиболее часто встречается невралгия тройничного, межреберных и седалищных нервов. Анатомические изменения в нервах при невралгии не установлены. Вызывается острыми и хроническими инфекциями и различными интоксикациями. В этиологии невралгии тройничного нерва особое место занимают хронические заболевания полости рта и придаточных полостей носа.

Симптомы и течение. Наиболее характерны приступы острых, жгучих болей, резко обостряющихся при движении и прикосновении. Продолжительность приступов — от нескольких минут до многих часов. При невралгии тройничного нерва боли обычно локализуются в половине лица, при межреберной невралгии острая боль ощущается в межреберье с одной стороны. Нередко встречается невралгия затылочного нерва, которая характеризуется приступообразными болями в области затылка; невралгия седалищного нерва протекает по типу пояснично-крестцового радикулита (см. *Радикулит*).

Распознавание. При болях в области лица необходимо учитывать возможность заболевания придаточных полостей черепа, зубов, периоститы.

При межреберных невралгиях надо исключить плеврит, хроническое воспаление легких, опухоль в грудной клетке, травму, заболевания ребер и пр.

Лечение. Исходя из этиологии и формы невралгии, инъекции витамина B_1. Местно — тепло (грелка, лампа соллюкс), внутрь — антипирин (по 0,5 г три раза в день), пирамидон, промедол, бромиды. Физиотерапия — гальванизация, диатермия, эритемные дозы ультрафиолетовых лучей.

В упорных случаях невралгии тройничного нерва врач производит впрыскивание в нерв спирта или 8—10 мл 0,25—0,5% раствора новокаина. Иногда прибегают к оперативному вмешательству — перерезке нерва.

Rp. Mentholi 0,75
Cocaini hydrochlorici 0,25
Chlorali hydrati 0,15
Vaselini 5,0
M. f. ung.
DS. Для втираний

НЕВРАСТЕНИЯ (NEURASTHENIA). Невроз, характеризующийся повышенной раздражительностью, быстрой истощаемостью и утомляемостью. Заболевание обусловлено перенесенными инфекциями, интоксикациями, эндокринными нарушениями, большой, напряженной работой без отдыха, нередко психогенными травмами.

При неврастении наблюдается нарушение взаимоотношения между процессами торможения и возбуждения в коре головного мозга. У некоторых людей преобладают процессы возбуждения (взрывчатость, бурные реакции), у других наблюдаются формы с преобладанием симптомов торможения коры (апатия, быстрое истощение).

Симптомы и течение. Головные боли, ощущение стягивания головы, понижение работоспособности, ослабление памяти, трудность сосредоточения, обостренная впечатлительность, быстрая смена настроения, неприятные ощущения во всем теле, иногда половая слабость.

Распознавание. Необходимо исключить другие нервные, симпатические и психические заболевания (рассеянный склероз, гипертоническая болезнь, начальные формы психозов и пр.), при которых наблюдаются типичные для неврастении симптомы.

Обязательно исследовать кровяное давление.

Лечение. Дать отдых ослабленной и возбудимой центральной нервной системе. Устранить причинные моменты; в некоторых случаях полезно переменить обстановку, работу, урегулировать образ жизни, обеспечить правильное чередование работы и отдыха, ограничить курение, запретить спиртные напитки. Большое значение имеет психотерапия: больному необходимо разъяснить сущность болезни, создать бодрое настроение, внушать уверенность в излечении. Весьма эффективна лечебная физкультура.

Эффективным оказывается водолечение: систематические (по утрам) обливания с последующим растиранием, перед сном ванны с хвойным экстрактом температуры 37°, при бессоннице — прогулка перед сном в спокойном месте, теплые ножные ванны, внутрь — препараты кальция, глицерофосфаты, мышьяк, железо, пантокрин, монобромистая камфара и пр., малые дозы бромидов — 0,5% раствора солей брома с 0,1% раствором кофеина (М. К. Петрова), при бессоннице — снотворные. При переутомлении и сонливости — настойка китайского лимонника, при общей слабости — настойка женьшеня. В тяжелых случаях больных направляют в специальные санатории.

Rp. Acidi arsenicosi 0,1
Calcii glycerophosphorici 20,0
Camphorae monobromatae 10,0
Extr. rad. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 100
DS. По 1 пилюле 2 раза в день

Rp. Camphorae monobromatae 0,25
Calcii glycerophosphorici 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 50
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Adonisidi 5,0
Natrii bromati 4,0
Aq. menthae 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Sol. Natrii bromati 0,5% 200,0
Coffeini natrio-benzoici 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

НЕВРИТ (NEURITIS). ВОСПАЛЕНИЕ НЕРВА. Возникает в результате инфекций (грипп, тиф, малярия, нейровирусные заболевания), интоксикаций (алкоголь, свинец, мышьяк), травм. Чаще всего встречаются невриты локтевого, лучевого, срединного, седалищного и малоберцового нервов.

При поражении лучевого нерва (neuritis n. radialis) кисть отвисает вниз и больной не в состоянии ее разогнуть. Эти невриты встречаются у алкоголиков, иногда после наркоза (если рука больного во время наркоза была неудачно подвернута). Длительность заболевания зависит от степени паралича (от нескольких недель до нескольких месяцев).

При поражении локтевого нерва (neuritis n. ulnaris) у больного развивается «когтистая лапа»; пальцы согнуты и больной не в состоянии их расправить; отмечается похудание глубоких мышц кисти. На боковой — наружной, тыльной и ладонной поверхности кисти и на коже IV и V пальцев отмечается понижение всех видов чувствительности. Иногда ощущаются боли. Поражение локтевого нерва чаще всего наступает в результате травмы.

При поражении срединного нерва (neuritis n. mediani) затруднено сгибание кисти в кулак, чувствительность расстроена на ладонной поверхности в области трех пальцев.

На нижних конечностях поражается седалищный (см. *Радикулит*) и малоберцовый нервы (neuritis n. peronei).

При неврите малоберцового нерва стопа отвисает вниз и внутрь, больной при ходьбе цепляет носком за землю. При двустороннем неврите малоберцового нерва получается своеобразная походка: больной идет по ровному месту, как бы поднимаясь по ступеням.

Лечение см. *Полиневрит*.

НЕВРОЗЫ. В группу неврозов входят заболевания нервной системы, в развитии которых основную роль играют расстройства высшей нервной деятельности. Неврозы наступают, когда нарушаются взаимоотношения между процессом возбуждения и торможения в коре головного мозга. Эти нарушения наступают в связи со слишком сложными раздражителями, при перенапряжениях тормозного процесса, при столкновении возбудимых и тормозных процессов. Неврозы наступают при различных неблагоприятных жизненных обстоятельствах, при перенапряжении нервной системы в связи с физическим или психическим переутомлением; при психических травмах. Неврозы могут возникать как последствия травмы (особенно черепа), перенесенных острых инфекционных заболеваний, хирургических операций и заболеваний внутренних органов. Наиболее распространенные неврозы: неврастения *(см.)*, истерия и психастения. Вегетативные неврозы отличаются большим количеством разнообразных жалоб: боли в руках, ногах, области сердца, головы, желудка, стойкий фебрилитет, повышенная зябкость, потливость, зуд, учащенное сердцебиение, тошнота, изжога, различные нарушения функции кишечника и др.

Симптомы. Резко выраженные сосудистые реакции, лабильный пульс, стойкий разлитой дермографизм, высокие сухожильные рефлексы, легкое дрожание сомкнутых век и вытянутых пальцев рук; эмоциональная неустойчивость.

Усиление вегетативных расстройств наблюдается при инфекциях, интоксикациях, психических переживаниях, в климактерическом периоде.

Распознавание. Тщательное клиническое и лабораторное обследование. Исключение органического заболевания.

Лечение. Зависит от характера и клинических проявлений невроза. Рекомендуется общеукрепляющее лечение, перемена обстановки, регулирование труда и отдыха: психотерапия. Необходимо разъяснить больному сущность его болезни и подчеркнуть, что результат лечения в значительной степени зависит от отношения больного к лечению. Физиотерапия: влажные обтирания, теплые ванны, гальванический воротник с кальцием по Щербаку, физкультура.

Медикаментозное лечение: сочетание небольших доз бромидов с кофеином, препараты валерьяны, димедрол, атропин, беллоид по 1—2 драже три раза в день, хлористый кальций (10%) 10—12 вливаний через день, при сердечно-сосудистых неврозах настойка пустырника, настойка боярышника.

Отсутствие положительного эффекта в результате применения бромидов далеко не всегда свидетельствует о недостаточности его дозы: наоборот, во многих случаях больший эффект достигается при понижении дозы. Оптимальные дозы находятся в большой зависимости от особенностей типа нервной системы и варьируют от миллиграммов до нескольких граммов брома на прием.

Весьма эффективно комбинированное лечение бромом и кофеином, причем дозы приходится значительно варьировать: для кофеина — от 1 мг до 0,2 г на прием, брома — от 0,2 до 2 г.

Rp. Natrii bromati 0,5—2,0
Coffeini natrio-benzoici 0,2—0,4
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в сутки. Принимать перед едой

Одновременно уместно проводить витаминотерапию (никотиновая кислота, аскорбиновая кислота, витамин B_1).

Наряду с этим в более тяжелых случаях назначают: а) переливание крови в дозе 100—200 *мл*, можно повторять через 5—6 дней, всего 5—6 раз (в особенности при наличии гипопротеинемии); б) применение сухой

плазмы; в) инсулин 2—6 единиц подкожно натощак, через 2—3 часа сахар 50 г, а при выраженной гипогликемии — 100 г; повторять несколько дней подряд (при отсутствии гиповитаминоза).

При некоторых неврозах хороший эффект оказывает лечение сном, а также направление в ночной или специальный санаторий. Профилактика (см. *Профилактика нервных заболеваний*).

Rp. Atropini sulfurici 0,015
Extr. pulv. Valerianae q. s.
ut. f. pil. N. 30
DS. По 1 пилюле 2 раза в день

Rp. Dimedroli
Ephedrini hydrochlor. āā 0,025
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ (ENURESIS NOCTURNA). Зависит от многих причин; чаще всего это невроз, связанный с патологической возбудимостью нервной системы. Порог раздражимости нервной системы настолько понижен, что небольшое количество мочи вызывает рефлекс опорожнения мочевого пузыря. Наблюдается также при эпилепсии, слабости мочевого пузыря, пиелитах и при дефектах позвоночника. Обычно встречается у детей; иногда затягивается до полового созревания.

Симптомы. Непроизвольное выделение мочи во сне.

Распознавание. Необходимо уточнить причину заболевания, обязательно исследовать мочу, сделать рентгеновский снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Лечение. Лечить основное заболевание. В случаях неврозов хороший эффект дает лечение по методу, предложенному Н. И. Красногорским. До 3 часов дня ребенку разрешают пить жидкости, сколько он хочет; после этого срока прием жидкости запрещается. В 6 часов больной ребенок получает ужин, состоящий из пищевых веществ, не содержащих большого количества воды. Разрешается мясо, свежая рыба, несоленое масло, яйца, немного хлеба; запрещаются овощи, фрукты, каши, соль и соленые блюда — последние два, чтобы не задерживать введенную в организм воду. В 8 часов, когда больной ребенок уже находится в постели, ему дают соленую пищу: бутерброд с ветчиной, селедкой или 5 г соли. Постели ребенка нужно придать определенное положение, т. е. ножки кровати с той стороны, где находятся ноги ребенка, поднять выше головного конца и поставить под ними подставку. В упорных случаях рекомендуется систематически, регулярно, в одно и то же время (не чаще чем два раза в ночь) высаживать ребенка на горшок.

В более старшем возрасте больные должны перед засыпанием повторять про себя (самовнушать) в какие часы они должны просыпаться для мочеиспускания.

Недопустимы никакие наказания и упреки, которые могут вызвать у больного ребенка чувство неполноценности. Рекомендуется физиотерапия: гальванизация позвоночника, местное облучение кварцем («трусики»), теплые ванны. Иногда хорошие результаты дает лечение адиурекрином 0,025 г на ночь (3 дня подряд) — вдыхать через нос (этот препарат нельзя применять при подозрении на эпилепсию).

Во всех случаях назначают общеукрепляющее лечение: закаливание, физкультура, инъекции стрихнина; внутрь — препараты фитина, кальция, витамины. Необходимо выработать у больного ребенка навыки опрятности.

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 20 in amp.
S. Под кожу по 0,5 мл 1 раз в день 20—30 дней

Rp. Phytini
Calcii glycerophosphorici āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

НОЧНЫЕ СТРАХИ (PAVOR NOCTURNUS). Наступают при психических травмах, нарушениях режима питания, сна, затрудненном дыхании. Возникают в период раннего детства и прекращаются к 7—8 годам.

Симптомы. Ребенок вскакивает ночью, быстро поднимается, широко открывает глаза, от чего-то отмахивается, произносит несвязные слова, плачет, не узнает родных, затем просыпается, а утром обычно не помнит о случившемся.

Распознавание. Необходимо дифференцировать с приступами эпилепсии, одним из проявлений которой бывают ночные страхи.

Лечение. Устранение основных причин. Не нужно запугивать ребенка, теплые длительные ванны перед сном, регулирование режима, гигиена комнаты и одежды. Внутрь — препараты кальция, рыбий жир, люминал (по 0,01 перед сном), бромиды (1—2%).

Профилактика. Своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей, борьба с глистами; оберегание ребенка от непосильных для него впечатлений.

ОБМОРОК (см. *Внутренние болезни* и *Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях*).

ОНАНИЗМ (MASTURBATIO). Один из видов ненормального удовлетворения половой потребности. Наблюдается чаще у подростков, реже у взрослых. Способствующие факторы: неправильное воспитание, наблюдение за сексуальной жизнью взрослых, совращение.

Распознавание. Устанавливается на основании беседы с больным или при наблюдении. Слово «онанизм» неправильно характеризует эту привычку маленьких детей, когда они закладывают ножку на ножку или при помощи рук раздражают свои половые органы. Это явление ничего общего не имеет с онанизмом взрослых и подростков, эта «дурная привычка» развивается у ребенка при наличии опрелости, воспалительных процессов в половых органах, нечистоплотном содержании тела, наличии мелких глистов-остриц, а также при «дефиците» воспитания, когда ребенку уделяют очень мало внимания и он сосредоточивается на самом себе.

Лечение и профилактика. Укрепляющий режим: физкультура, разные виды спорта, гидротерапия, психотерапия, глицерофосфаты, препараты железа. Оздоровление окружающей среды. Для предупреждения этой «привычки» у маленьких детей необходимо содержать тело ребенка в чистоте и изгнать глистов. При наличии этих проявлений нужно укладывать ребенка спать в трусиках, положив его руки поверх одеяла, бороться с запорами и следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря. Не нужно фиксировать внимание ребенка на этой дурной «привычке» и запрещать «это делать», а следует незаметно отвлечь его от этого процесса и переключать внимание на другие действия и предметы. Наказания, упреки, угрозы и другие меры насилия неэффективны, а, наоборот, еще более фиксируют внимание ребенка на этом явлении. Не рекомендуется приучать ребенка спать вместе со взрослыми или другими детьми. Необходимо с первых месяцев после рождения обеспечить ребенку достаточное внимание и игровой материал, соответствующий его возрасту. В более старшем возрасте не запугивать «ужасами» последствий.

ОТЕК АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ (Квинке). Встречается сравнительно часто, преимущественно в молодом возрасте, нередко заболевают дети.

Симптомы и течение. Внезапное появление отека на тех или иных участках кожи или слизистой, чаще в области лица на лбу, веках, губах. Отек твердый, эластический, безболезненной консистенции, не оставляет следа после давления пальцем. Сопровождается зудом, быстро исчезает. При локализации в области мягкого неба, пищевода, гортани наступает затруднение дыхания и глотания.

Лечение. Следить за правильной функцией кишечника, внутрь салол, бензонафтол. Димедрол по 0,05 г два раза в день в течение 6—8 дней, эфедрин по 0,01 три раза в день. Хороший эффект дают применение атро-

пина 0,1% по 0,1—0,5 мл, а также повторные инъекции мышьяка. Во время приступа внутривенное введение 5—10 мл 10% раствора хлористого кальция. Избегать охлаждения.

ПАРАЛИЧ ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ (PARALYSIS AGITANS). Развивается исподволь в возрасте 50 лет и старше. Нарастающее дрожание рук и головы, особенно заметное в состоянии покоя, при движениях замедляется. Лицо амимичное, повышена саливация, общая скованность; больные передвигаются мелкими шажками, мышечный тонус повышен, речь монотонная, замедленная. Заболевание постепенно прогрессирует.

Распознавание. Распознавание не представляет трудностей. Следует исключить хроническую форму летаргического энцефалита, которая развивается у более молодых (см. *Энцефалит*).

Лечение. Йодистые препараты, скополамин в каплях или в инъекциях, мышьяк, препараты белладонны (красавки) (см. *Энцефалит*), теплые ванны. В последнее время с успехом применяют тропацин, димедрол; систематически лечебная физкультура.

Rp. Dimedroli 0,05
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Tropacini 0,0125
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день

ПАРАЛИЧИ ДЕТСКИЕ МОЗГОВЫЕ (HEMIPLEGIA ET DIPLEGIA SPASTICA INFANTILES). Поражение центральной нервной системы в связи с внутриутробным поражением мозга (сифилис, малярия, грипп и др.), родовым актом (болезнь Литтля) или энцефалитами, перенесенными в первые годы жизни.

Симптомы и течение. Параличи центрального происхождения (мышечная гипертония, высокие сухожильные рефлексы, спастическая походка, контрактуры), сопровождающиеся непроизвольными движениями; иногда эпилептические припадки, умственная отсталость. Течение хроническое. Прогноз зависит от степени поражения.

Лечение. В случаях сифилитической этиологии — антисифилитическое лечение. Общеукрепляющее: теплые ванны, массаж, гимнастика, ортопедические мероприятия для устранения контрактур. Внутрь йодистые препараты: йодистый натрий, йодистый калий, железо, глютаминовая кислота из расчета 1 г в сутки на год жизни в 3—4 приема (внутрь). При приеме глютаминовой кислоты следует полоскать или протирать зубы слабым раствором двууглекислой соды. Для уменьшения спастичности мышц применяют тропацин в дозах 0,001—0,01 г (в зависимости от возраста) 2 раза в день внутрь.

Rp. Sol. Kalii jodati 2% 200, 0
DS. По 1 десертной ложке 3 раза в день после еды на молоке

Rp. Acidi glutaminici 1,0
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 4 раза в день (ребенку до 4 лет)

ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (PARALYSIS N. FACIALIS). Наступает в результате заболевания внутреннего уха, ограниченного менингита основания мозга, опухоли мозга, ревматизма, как осложнение может входить в картину постгриппозного энцефалита.

В детском возрасте паралич лицевого нерва встречается при полиомиелите и в случаях родовой травмы.

Симптомы и течение. Начало острое. Односторонняя сглаженность на больной стороне лобной и носогубной складки, рот перетянут в здоровую сторону, веки раскрыты шире, чем на здоровой стороне, слезотечение. Болей нет.

Распознавание. Необходимо исключить поражение надъядерных связей лицевого нерва (от коры мозга до ядра нерва — центральный паралич); в этих случаях парализуется не вся половина лица, а лишь нижняя его часть; больной в состоянии закрывать глаз и морщить лоб на больной стороне. Обязательное обследование уха.

Лечение. Лечение основного заболевания. В остром периоде — уротропин внутрь (по 0,5 г три раза в день) или внутривенно; внутривенные вливания глюкозы, инъекции витамина B_1; внутрь — дибазол, прозерин, местно — тепло (синий свет, грелки, парафин, диатермия).

При ревматических поражениях — салицилаты, аспирин, пирамидон, анальгин. Во всех случаях завязывать незакрывающийся глаз.

В затянувшихся случаях (дней через 12—15) — массаж лица и гальванизация. В случаях сифилитического происхождения — специфическое лечение.

Rp. Sol. Urotropini 40% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл внутривенно ежедневно.
Всего 12—15 вливаний

Rp. Dibasoli 0,005
Sacchari 0,2
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

ПАРАЛИЧИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ (РОДОВЫЕ). Возникают у ребенка при родовом акте как результат травмы (растяжение нервного сплетения при вывихе плеча, переломе ключицы).

Симптомы и течение. Плечо повернуто внутрь, конечность свисает и прижата к туловищу, кисть в лучезапястном суставе разогнута. Ладонь открыта, движения пальцев ограничены. Течение благоприятное. Иногда при наложении щипцов при родах наступает паралич лицевого нерва (см. *Лицевого нерва паралич*).

Распознавание. Необходимо дифференцировать с центральными параличами (см. *Параличи детские мозговые*) и некоторыми формами ранних параличей на почве врожденного сифилиса, которые развиваются спустя некоторое время после рождения.

Лечение. Массаж, пассивная гимнастика — начинать возможно раньше и проводить длительно и упорно. Особое значение имеет борьба с родовым травматизмом.

ПАРКИНСОНИЗМ см. *Энцефалит.*

ПОЛИНЕВРИТ (POLYNEURITIS). Множественное воспаление периферических нервов, наступающее в результате инфекций (грипп, тиф, малярия, дифтерия, нейровирусные и др.), интоксикаций (алкоголь, свинец, мышьяк), гипоавитаминоза B_1.

Симптомы и течение. Двигательные, чувствительные или смешанные нарушения, обусловленные поражением нервов. При первичном инфекционном полиневрите заболевание начинается остро. Температура доходит до 40°, лихорадочное состояние держится несколько дней. С самого начала заболевания отмечается онемение, покалывание, жжение, боли по ходу нервов, параличи. Характерна симметричность и нарастание поражений к дистальным (удаленным от туловища) отделам конечностей. При дифтерийном полиневрите происходит парез (слабость) аккомодации глаза (сужение зрачка при рассматривании близко стоящих предметов); парез мягкого неба; при свинцовом полиневрите — свисание кистей и стопы и свинцовая кайма на деснах. Иногда выздоровление затягивается на несколько месяцев. Остаточные явления в виде нарушения движения могут сохраняться на всю жизнь. Гиповитаминозные полиневриты протс-

кают с незначительным снижением болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей.

Распознавание. Следует исключить полиартрит (см. *Внутренние болезни, Полиартрит) и полиомиелит (см.).*

Лечение. Лечить основное заболевание. В остром периоде постельное содержание, теплые местные ванны, внутривенно 40% уротропин по 5 мл, внутримышечно витамин B_1, аденозинтрифосфорная кислота, никотиновая кислота, подкожно стрихнин, прозерин, дибазол. При болях — пирамидон, аспирин.

При инфекционной этиологии — комбинированное лечение антибиотиками с сульфаниламидами. При дифтерийных полиневритах иногда благоприятный эффект оказывает сывороточное лечение. Пища — полноценная, богатая витаминами.

Во избежание отвисания стоп — подпирать их твердым предметом.

Необходим длительный абсолютный покой и тщательный уход. По истечении острого периода — массаж, гимнастика, грязелечение, торфолечение, парафинолечение, фарадизация мышц и нервов. Курортное лечение (не ранее чем через 2—3 месяца после острого периода): Пятигорск, Мацеста, Старая Русса.

В профилактических целях необходимо бороться с алкоголизмом, интоксикациями и односторонним питанием.

Rp. Thiamini bromati 5% 1,0
D. t. d. N. 15 in amp.
S. Для внутримышечного введения по 1 мл ежедневно

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 30 in amp.
S. Под кожу по 0,5—1 мл ежедневно

ПОЛИОМИЕЛИТ ОСТРЫЙ (POLIOMYELITIS ACUTA). Инфекционное заболевание. Наблюдается в виде эпидемии осенью; отдельные спорадические случаи встречаются в течение всего года.

Возбудитель относится к фильтрующимся вирусам. Поражаются клетки передних рогов спинного мозга, ядра продолговатого мозга, иногда и вещество головного мозга. Чаще всего встречается у детей в возрасте до 6 лет.

Во время эпидемии встречается и у взрослых. Распространение инфекции происходит кишечным путем и по типу капельных инфекций. Заболевание может передаваться также здоровыми вирусоносителями.

Симптомы и течение. Болезнь начинается остро; иногда ей предшествует общее недомогание. Температура 39—40°, головные боли, рвота, изредка судороги, часто поносы, иногда катары носоглотки.

В ряде случаев протекает с нерезко выраженными менингеальными симптомами в форме острого серозного менингита. У некоторых на первый план выступают симптомы кишечного заболевания. Во время эпидемии наблюдаются абортивные формы без видимых нарушений со стороны нервной системы.

У части больных встречается «двурогая температура». Первый подъем длится 1—4 дня. Последующее падение температуры до нормы в течение 2—4 дней. Затем новый подъем температуры. У некоторых больных отмечается «трехгорбая температура».

Острые явления быстро проходят (иногда через несколько часов), после чего выявляются параличи: чаще поражаются ноги, реже руки, иногда рука и нога на одной стороне или перекрестно. Поражаются преимущественно проксимальные (ближайшие к туловищу) отделы конечностей. Нередко поражаются мышцы туловища, шеи и лица. Быстро исчезают сухожильные рефлексы и наступает атрофия мышц. У детей нередко

преобладающим симптомом является паралич лицевого нерва по периферическому типу.

Распознавание. Диагностика в остром периоде затруднена. Часто болезнь диагностируется как грипп; позднее диагностика базируется на характере вялых параличей без расстройств чувствительности (конечность отвисает, как плеть). Необходимо дифференцировать с полиневритом (см. *Полиневриты*) и асептическим серозным менингитом (см. *Менингит серозный*). В отличие от гнойного менингита при полиомиелите спинномозговая жидкость прозрачная, с небольшим лимфоцитозом.

Лечение. В остром периоде — постельное содержание не менее 2—3 недель. Для предупреждения контрактур необходимо при помощи шин придать конечности правильное положение. Введение сыворотки выздоравливающих по 20 мл в течение 10 дней подряд. При отсутствии данной сыворотки можно ввести коревую сыворотку по 20—30 мл 5 дней подряд или гамма-глобулин из расчета 0,3—0,5 мл на 1 кг веса тела в течение 3—5 дней. Внутривенное введение 40% глюкозы с аскорбиновой кислотой. Горячие ванны или укутывания. Парафинолечение. Сразу после падения температуры назначают поперечную диатермию или УВЧ терапию на область пораженных сегментов спинного мозга. Через 7—10 дней после начала заболевания нужно начать лечение прозерином под кожу или внутрь. Под кожу применяется 0,05% раствор прозерина по 0,1 мл на 1 год жизни, но не свыше 0,75 мл на одну инъекцию. Инъекции производить через день, на курс лечения — 15 инъекций. Внутрь прозерин применяют в дозировках от 0,005 до 0,015 г, в зависимости от возраста, 2 раза в день.

В последнее время в комплексе с физио-ортопедическими средствами применяют дибазол. Дибазол назначают в период после развития параличей (1—2 порошка по 0,002—0,005 г дибазола ежедневно в промежутках между приемами пищи в течение 15—20 дней). С успехом применяют внутримышечные инъекции 1% раствора аденозинтрифосфорной кислоты (1—2 мл) ежедневно, всего 30—40 инъекций. Профилактически ввиду возможного возникновения пневмонии назначают сульфаниламиды или пенициллин. Со 2—3-й недели болезни — легкий массаж и гимнастика. В стадии резидуальных (остаточных) параличей — физио-ортопедическое лечение. Курортное лечение: Сочи—Мацеста и др. (не ранее 6 месяцев после острого периода). При развитии стойких параличей в дальнейшем рекомендуется ношение ортопедической обуви.

Профилактика. Вакцинация всех детей (с 2-месячного возраста) и подростков живым ослабленным вирусом полиомиелита, который выпускается в виде шоколадных драже или в каплях (2—3 капли на молоке или в воде) для самых маленьких. Вакцинация проводится четырехкратно и создает в короткий срок стойкий иммунитет. Вакцинацию нужно начинать в декабре — январе. Первые три — с интервалом 3—6 недель, а четвертую через ½—1½ года (ревакцинация). Обязательная для всех случаев изоляция больного на 7—8 недель, а также дезинфекция помещения, в котором он находился. Всем детям, которые не были привиты против полиомиелита, бывшим в контакте с больным, вводится гамма-глобулин из расчета 0,3 мл на 1 кг веса тела или 30—60 мл противокоревой сыворотки или родительской крови. В детских коллективах установить ежедневный медицинский контроль за контактными детьми. Дезинфекция выделений, особенно испражнений. О больных посылаются карточки экстренных извещений.

Строго соблюдать правила личной гигиены. Тщательно мыть щеткой фрукты и овощи, а давая их детям, обдавать кипятком. Во время эпидемии не пить сырой воды, обязательно кипятить молоко. Усиленно бороться с мухами. Большое значение имеет раннее выявление и изоляция больных с абортивными формами. Взрослые, ухаживающие за больными, не должны общаться со здоровыми детьми.

РАДИКУЛИТ (RADICULITIS). Воспаление корешков спинномозговых нервов инфекционного и интоксикационного характера. Часто наступает при одновременном охлаждении. Встречается при ротовом сепсисе, процессах в ухе, гинекологических заболеваниях. Возникает также в результате травм, при заболеваниях позвоночника и суставов, при опухолях спинного мозга. Чаще всего поражаются поясничные, крестцовые, реже — плечевые корешки.

Симптомы и течение. Заболевание развивается остро или постепенно. Боли односторонние в верхних или, чаще, нижних конечностях усиливаются при растяжении, движении, кашле, перемене положения, давлении у выхода и по ходу корешков и нервов. При пояснично-крестцовом радикулите положительный симптом Кернига и Ласега (резкая болезненность и напряжение мышц при одновременном растяжении нижней конечности в тазобедренном и коленном суставах). На больной конечности иногда отсутствует ахиллов рефлекс и отмечается равномерное похудание мышц.

При заболевании корешков плечевого сплетения боли и парестезии в области плеча распространяются на более отдаленные части верхней конечности. Болезнь имеет наклонность к обострениям.

Распознавание. Необходимо исключить опухоль в области спинного мозга (при которой симптомы обычно двусторонние, а течение прогрессирующее), арахноидит *(см.)*, заболевания мышц спины, костные заболевания позвоночника, артриты, воспалительные явления в области малого таза, сифилис нервной системы и рассеянный склероз *(см.)*. Во всех случаях необходимо тщательное неврологическое обследование.

Лечение. В остром периоде — постельное содержание, местно — тепло: лампа соллюкс, синий свет, кварц, банки. При инфекционных радикулитах — пенициллин, внутривенно 40% уротропин по 5—10 мл. Внутрь пирамидон, фенацетин, салицилаты. Растирание летучими мазями. Инъекции витамина B_1 (10—15 инъекций) по 1—2 мл 5% раствора внутримышечно ежедневно.

При подагрических радикулитах курс лечения атофаном, уроданом (при соответствующей диете).

В затянувшихся случаях — легкий массаж, активная гимнастика, диатермия, УВЧ, ионогальванизация, парафинотерапия, грязелечение. Показано также курортное лечение: Саки, Одесса, Липецк, Евпатория, Пятигорск, Мацеста, Старая Русса, Цхалтубо, Серноводск и др. курортах СССР.

Профилактика. Тщательное лечение легких, начальных стадий болезни (слабые постоянные боли). После перенесенного заболевания профилактические мероприятия должны быть направлены на предохранение от рецидивов болезни: запрещается сидеть на холодной сырой земле, находиться в сыром помещении, купаться в холодной воде и в нежаркие дни.

Необходимо следить за состоянием кишечника, так как запоры могут привести к интоксикации и застою в малом тазу. Особое место занимает санация полости рта (удаление кариозных зубов) и носоглотки. В случаях травматической этиологии временно избегать тяжелой физической работы. Если тяжелая физическая работа и профессия связаны с усиленной работой мышц нижних конечностей и позвоночного столба и часто вызывают появление или обострение болей, должен быть поставлен вопрос о перемене профессии.

Rp. Aspirini 0,3
Pyramidoni
Phenacetini āā 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Methylii salicylici
Ol. Hyoscyami
Chloroformii āā 15,0
M. f. linim.
DS. Втирание

Rp. Ichthyoli 10,0
Acidi salicylici 0,1
Ol. Terebinthinae 10,0
Vaselini 100,0
M. f. ung.
DS. Мазь

СИРИНГОМИЕЛИЯ (SYRINGOMYELIA). Хронически прогрессирующее заболевание спинного мозга с образованием полостей в сером веществе его.

Симптомы и течение. Боли, парестезии, утрата болевой и температурной чувствительности при сохранении функции осязания на туловище и конечностях. Атрофические параличи, чаще всего мелких мышц, конечностей; трофические расстройства в виде язв и деформаций суставов, следы ожогов на анестезированных участках кожи, сколиозы (искривления позвоночника в сторону) с деформацией грудной клетки.

Распознавание. Дифференцировать с опухолью спинного мозга *(см.)*, сухоткой спинного мозга *(см.)*, радикулитом *(см.)*, вибрационной болезнью *(см.)*.

Лечение. Рентгенотерапия на ранних этапах болезни дает удовлетворительный эффект. Электризация и массаж паретических (парализованных) мышц, УВЧ на позвоночник, инъекции прозерина. Внутрь препараты мышьяка, фосфора, железа, дибазол и болеутоляющие. Перевод на легкую работу, освобождение от работы в горячих цехах.

СИФИЛИС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (NEUROLUES). Клиника и течение. При сифилитических поражениях мозга, развивающихся в течение первых лет после заражения, наблюдаются головные боли, головокружение, шум в ушах, рвота, невралгические боли, раздражительность, бессонница. При более поздних формах заражения нервной системы чаще всего развивается гуммозный базилярный менингит, который сопровождается упорными головными болями (особенно по ночам) и поражением глазодвигательного, отводящего, лицевого и слухового нервов. В этом же периоде наступают сосудистые изменения мозга, которые сопровождаются парезом, параличами, расстройством чувствительности, эпилептическими припадками и инсультами. К поздним формам сифилитического поражения нервной системы относятся сухотка спинного мозга *(см.)* и прогрессивный паралич (см. *Психические заболевания*). При врожденном сифилисе, кроме общих симптомов, характерных для этого заболевания (см. гл. XIV *Венерические болезни, Сифилис*), встречается гидроцефалия, параличи, эпилептические припадки, психическая отсталость.

Распознавание. Основывается на множественности очагов, данных анамнеза и серологических реакциях. Необходимо исключить энцефалит, множественный склероз *(см.)*.

Лечение. Специфическое в сочетании с инъекциями пенициллина (см. *Венерические болезни, Сифилис*).

Профилактика. Предупреждение сводится главным образом к систематической борьбе с сифилитической инфекцией. Важным профилактическим мероприятием является повторное исследование спинномозговой жидкости. При заболевании сифилисом и в случае наличия положительного результата на реакцию Вассермана проводить систематическое активное противосифилитическое лечение.

СКЛЕРОЗ БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ встречается у лиц в возрасте 30—40 лет, развивается медленно, неуклонно прогрессирует.

Симптомы и течение. Постепенное развитие мышечных атрофий и спастических парезов. Атрофические параличи обычно начинаются с мелких мышц кистей, постепенно захватывают мышцы предплечья, плеча и туловища. Для этого заболевания характерно повышение сухожильных рефлексов при наличии атрофических параличей,

Лечение. Внутривенное вливание уротропина, антибиотики, инъекции витамина B_1, витамина B_{12}, стрихнина. Витамин Е (альфа-токоферол) в больших дозах: концентрат витамина Е по 1—3 мл 2—3 раза в день. Общеукрепляющее лечение, массаж, ванны, лечебная физкультура.

СКЛЕРОЗ МНОЖЕСТВЕННЫЙ (SCLEROSIS DISSEMINATA). Наиболее вероятна инфекционная природа заболевания с образованием бляшек в белом веществе головного и спинного мозга. Возбудитель — фильтрующийся вирус.

Симптомы и течение. Заболевание в большинстве случаев начинается в возрасте 20—40 лет. Течение медленное, временами обостряющееся. Симптомы непостоянные, зависящие от локализации и стадии заболевания.

Чаще всего отмечается быстрая утомляемость, нарастающая слабость в ногах, спастический парапарез ног, мышечная гипертония, дрожание в руках, растянутая речь, преходящая слепота, нистагм (непроизвольные подергивания глазных яблок), отсутствие брюшных рефлексов; часты улучшения состояния (ремиссии). Невротические реакции; в далеко зашедших случаях дементность.

Болезнь может затянуться на много десятков лет, и лишь в редких случаях смерть наступает быстро.

Лечение. 40% раствор уротропина по 5 мл внутривенно через день. Рентгенотерапия, инъекции прозерина и витамина B_1. В ранних случаях вакцинотерапия. Проводят два курса лечения. Первый курс делится на два цикла по 6 инъекций в каждом. Первая инъекция — 2 мл, вторая и третья — 4 мл, четвертая, пятая и шестая — 5 мл, интервал между инъекциями 4—5 дней. Затем следует перерыв 10—15 дней, после которого инъекции повторяют по 5 мл 6 раз с такими же интервалами. В течение года проводят два-три курса вакцинотерапии. Второй и последующие курсы — через три месяца после предыдущего. При свежих заболеваниях, особенно с острым течением, хороший результат дает лечение адренокортикотропным гормоном (АКТГ), аденозинтрифосфорной кислотой и инъекции больших доз витамина B_{12}. С успехом проводится лечение (внутримышечное введение) лаковой кровью (кровь больного, разбавленная дистиллированной водой). Общеукрепляющее: раствор мышьяковокислого натрия под кожу, теплые ванны. Рекомендуется перевод на легкую работу.

СУДОРОГИ (SPASMUS). Наблюдаются при менингитах, энцефалитах, новообразованиях мозга, расстройствах кровообращения и заболеваниях мозговых сосудов, при отравлениях (у детей раннего возраста при пищевых отравлениях), при тяжелом рахите (спазмофилия); у грудных детей часто при любом повышении температуры, при эпилепсии.

Судороги бывают местные — изолированные — или генерализованные, охватывающие значительную группу мышц. Судороги при эпилепсии часто протекают с потерей сознания (см. *Эпилепсия*). При некоторых профессиях (машинистки, стенографистки, пианисты, портные, телеграфисты) наблюдаются «профессиональные судороги». В этих случаях в судорогу вовлекаются мышцы кисти, предплечья, плеча, возникает тоническое напряжение мышц и слабость, «писчий спазм», вследствие чего больные вынуждены менять профессию.

Распознавание. На основании анамнеза и клинических данных. Следует быть весьма осторожным в предсказании, особенно у детей раннего возраста. Не все судороги детского возраста относятся к спазмофилии, которая редко развивается до 4 месяцев и позже 3 лет. Для выяснения глистной интоксикации у детей необходимо исследовать кал на яйца глистов.

Лечение. Лечить основное заболевание. Во время общих приступов у детей — покой, клизма из хлоралгидрата (после очистительной клизмы медленно ввести 100 мл 2% раствора хлоралгидрата в крахмальном клейстере). Вне приступов — препараты кальция, фитин, бромистый натрий,

рыбий жир, небольшие дозы люминала, теплые ванны с хвойным экстрактом. Гальванический воротник по Щербаку с ионами кальция.

СУХОТКА СПИННОГО МОЗГА (TABES DORSALIS). Сущность болезни заключается в воспалительных и дегенеративных изменениях задних столбов спинного мозга и нервных корешков, наступающих через 5—15 лет после перенесенного сифилиса.

Симптомы и течение. Опоясывающие боли грудной клетки, стреляющие боли в ногах. Приступы резких болей в животе, расстройство мочеиспускания, шатающаяся походка, неравномерность или утрата коленных рефлексов, симптом Аржиль-Робертсона (отсутствие реакции зрачков на свет при наличии реакции на конвергенцию и аккомодацию) и атрофия зрительных нервов.

Распознавание. Сифилис в анамнезе; дифференцировать с опухолью спинного мозга, с остаточными явлениями полиневрита *(см.)*.

Лечение. Специфическая терапия. Лучше всего инъекции бийохинола (12—15 инъекций по 2—3 мл через два дня на третий). Одновременно проводят укрепляющее лечение (мышьяк, стрихнин, железо). Лечение бийохинолом противопоказано даже при самой легкой атрофии зрительного нерва. Курс лечения необходимо проводить повторно (см. *Венерические болезни, Сифилис*).

В промежутках между курсами — йодистое лечение. Гальванизация позвоночника, фарадизация мочевого пузыря. Инъекции стрихнина. При сильных болях — аспирин, фенацетин, пирамидон, анальгин. При пузырных расстройствах прозерин внутрь или инъекции. При кризах гортанных — кодеин, героин; сердечных — ландышевая настойка, строфант.

Массаж, гимнастика. Курортное лечение в Пятигорске, Мацесте, Одессе.

Особое значение имеет режим. Избегать охлаждения (не выходить в сырую погоду без калош, не купаться в холодной воде). Воздерживаться от переутомления. Необходим достаточный отдых, сон и полноценное питание. Запретить спиртные напитки.

ТИКИ. Непроизвольные подергивания членов тела. Обычно появляются после энцефалитов и истощающих инфекционных болезней, в связи с психическими травмами, при невралгиях. У детей дошкольного возраста при подражании.

Симптомы. Чаще всего тики наблюдаются на лице, далее в области шейной и нередко в области дыхательной мускулатуры.

Распознавание. Ввиду того что тики могут быть симптомом перенесенного энцефалита (эпидемического), необходимо тщательно обследовать нервную систему.

Лечение. Общеукрепляющее (препараты мышьяка, железа), успокаивающие (бромиды), физиотерапия (местное тепло). Гальванический воротник по Щербаку с ионами брома или кальция.

ХОРЕЯ (CHOREA MINOR). Заболевание инфекционное. Возбудитель неизвестен, установлена тесная связь с суставным ревматизмом и эндокардитом. Чаще всего заболевают дети в возрасте 5—15 лет. Иногда наблюдается у беременных (chorea gravidarum), которая является рецидивом перенесенного в детстве заболевания, а также как симптом при других органических заболеваниях нервной системы.

Симптомы и течение. Болезнь развивается постепенно, иногда начало острое. Основные симптомы: непроизвольные, некоординированные (несоразмеренные) движения в мышцах лица, туловища и в конечностях. В подергивании принимают участие язык и мышцы гортани, вследствие чего глотание нарушено и речь неотчетлива, часто с носовым оттенком. В тяжелых случаях наблюдаются непрерывные непроизвольные движения в мышцах туловища, рук и ног. С первых дней заболевания отмечается изменение психики: раздражительность, слезливость, обидчивость, упрямство, смена настроения. В продромальном периоде — сла-

бость, быстрая утомляемость, разбитость, иногда сонливость или бессонница. Болезнь часто сочетается с пороком сердца. Течение 8—10 недель, отмечается склонность к повторениям.

Распознавание. Дифференцировать с остаточными явлениями после энцефалита (см. *Энцефалит*) и другими заболеваниями центральной нервной системы. Исключить различные тики. Нередко первоначальные симптомы неправильно рассматриваются как детские капризы.

Лечение. Полный покой, постельное содержание; вливания уротропина; аутогемотерапия; теплые ванны; салициловые препараты, пирамидон, люминал, препараты мышьяка, бромиды, кальций, внутримышечно 20% раствор сернокислой магнезии — 5 мл (10—15 инъекций). Сульфаниламидные препараты, пенициллин.

С успехом применяют адренокортикотропный гормон (АКТГ), который вводят внутримышечно в дозах от 20 до 30 единиц ежесуточно. Препарат растворяют в физиологическом растворе и назначенная доза вводится равными частями три раза в сутки. Курс лечения продолжается от 30 до 50 дней, в течение которых больные получают от 600 до 1200 единиц АКТГ. Первоначальная суточная доза постепенно уменьшается до 10 единиц и в качестве поддерживающей дозы применяется в течение 5—7 дней. При лечении этим препаратом необходимо не реже одного раза в неделю делать общий анализ крови и мочи. Лечебная гимнастика. Усиленное полноценное питание с достаточным содержанием витаминов. Лечение сном.

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 5,0
T-rae Ferri pomati 20,0
MDS. По 15 капель 2 раза в день

Rp. Acidi arsenicosi 0,05
Calcii glycerophosphorici 20,0
Camphorae monobrombtae 10,0
Extr. Valerianae q. s. ut f. pil. N. 100
DS. По 1—2 пилюле 2 раза в день перед едой

ХРОМОТА ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ (CLAUDICATIO INTERMITTENS). Возникает вследствие облитерирующего тромбангиита артерии ног, обнаруживается при гипертонии, артериосклерозе. В происхождении болезни особое место занимают инфекции, интоксикации, курение, физическое перенапряжение.

Симптомы и течение. Постепенно нарастающая слабость и боль в ногах. Чувство ползания мурашек, похолодание пальцев стоп, сухость кожи, неправильный рост ногтей. Резкие боли в икроножных мышцах, увеличивающиеся при движении. Иногда спазмы в сосудах мозга и других органах. Приступообразные боли во время ходьбы, ослабление и исчезновение пульса на тыльной артерии стопы.

Лечение. Препараты йода, папаверина, диуретина, нитриты, пахикарпин (по 0,1 г два-три раза в день в течение 4—6 недель), дифацил по 0,1 в желатиновых капсулах два раза (три курса по 21 дню с 10-дневным перерывом), инъекции витамина B_1. Новокаиновая блокада по Вишневскому-Сперанскому, гальванический воротник по Щербаку, диатермия, УВЧ. Сероводородные и радоновые ванны. При резко выраженном болевом синдроме наркотические и снотворные. Диета, преимущественно молочно-растительная. Исключение курения, охлаждения и чрезмерного физического и психического напряжения. Рекомендуется ношение свободной и мягкой обуви.

ЭНЦЕФАЛИТЫ. Воспаление головного мозга. Энцефалит может быть первичным и вторичным. При первичных энцефалитах воспалительные изменения в головном мозгу развиваются первично. К этой группе энцефалитов относятся эпидемический (летаргический), клещевой (весенне-летний) *(см.)*, комарный (осенне-летний) *(см.)* и др. Вторичные энцефалиты

возникают как осложнение после основной инфекции при различных общих заболеваниях; сюда относится гриппозный, малярийный, коревой и прочие энцефалиты.

Энцефалит летаргический (болезнь Экономо). Возбудитель летаргического энцефалита еще не обнаружен и, по-видимому, относится к группе фильтрующихся вирусов. Летаргический энцефалит поражает все возрасты, но наиболее часто болеют им люди в возрасте 20—30 лет.

Симптомы и течение. Энцефалит отличается чрезвычайно пестрой клинической картиной и многообразием симптомов. Болезнь обычно начинается медленно, с общего недомогания. Иногда в этом периоде наблюдаются катаральные явления верхних дыхательных путей. Температура повышается незначительно, большей частью бывает субфебрильная. В части случаев заболевание начинается остро, среди полного здоровья температура внезапно повышается до 39°. Основной симптомокомплекс острого периода заболевания сводится к нарушению сна и расстройству глазодвигательных функций. Нарушение сна выражается чаще всего в крайней сонливости. Иногда избыточный сон сменяется упорной бессонницей. Нередко наблюдается и обратный ритм сна, когда больные беспробудно спят днем и не засыпают ночью. Характерной особенностью является то, что больные могут спать в любой позе, в любых условиях. Поражения глазодвигателей наиболее часто сказываются в нарушении функции мышц, поднимающих верхнее веко. Одно- или двустороннее опущение века относится к наиболее частым симптомам острого периода болезни. Недостаточность функций той или иной наружной мышцы глаз вызывает у больного двоение в глазах. Двоение в глазах, как и нарушение сна, является характернейшим признаком острого периода эпидемического энцефалита. К частым симптомам острого периода относятся вестибулярные расстройства — головокружения. В части случаев уже в начальном периоде заболевания отмечаются непроизвольные судороги и насильственные движения. В детском возрасте наряду с расстройством сна и нарушением глазодвигателей наблюдаются различные гиперкинезы и судорожные состояния. В раннем детском возрасте часто имеет место менингеальный симптомокомплекс. Спинномозговая жидкость, прозрачная, вытекает под несколько повышенным давлением, в единичных случаях бывает повышенное количество клеточных элементов. В крови обычно обнаруживают умеренный лейкоцитоз и уменьшение нейтрофилов.

Продолжительность острого периода колеблется в широких пределах. Некоторые симптомы длятся несколько дней, другие — несколько месяцев и более.

Течение заболевания часто характеризуется периодами нового обострения. Полное выздоровление без дефектов наблюдается редко (до 10%). Часть случаев переходит в хронические формы — развивается паркинсонизм. Внешний вид этих больных является весьма типичным. У них голова обычно наклонена вниз, лицо сальное, амимичное, маскообразное, с немигающим застывшим взглядом. Глаза, помимо желания больного, устремляются вверх и на некоторое время застывают в таком положении; часто больной неподвижно смотрит вперед; изо рта обильно течет слюна. Туловище немного наклонено вперед, кисти и пальцы рук постоянно дрожат, пальцы производят своеобразное движение, напоминающее «катание пилюль». Тонус мышц повышен; произвольные движения замедлены, скованы, однообразны, начатые движения не доводятся до конца. Больные ходят мелкими шажками; при ходьбе не размахивают руками. Речь невыразительная, монотонная, невнятная — слова выговариваются с трудом. Эмоциональные переживания не отражаются в мимике. Психическая продуктивность понижена; ход мыслей тугой, замедленный, настроение изменчивое, преобладает тоскливо-депрессивное состояние. У этих больных часто наступает изменение характера и личности. Больные становятся неуживчивыми, сварливыми, озлобляются без всяких внешних пово-

дов. Изменение психики наблюдается особенно часто у детей, перенесших эпидемический энцефалит. В этих случаях отмечается необычайная подвижность и суетливость. Ребенок становится совершенно неспособным принимать участие в организованных занятиях. Его внимание привлекается всеми предметами окружающей его обстановки, но ни на одном из них он не задерживается. Он груб и дерзок со старшими, щиплется, кусается, способен ударить.

Распознавание. Необходимо исключить дрожательный паралич, который развивается в более позднем возрасте.

Лечение. В острых стадиях внутривенные вливания 40% раствора уротропина с 40% раствором глюкозы. Внутривенное вливание уротропина сочетается также с вливанием 1% колларгола и 0,5% раствором трипафлавина; внутривенное введение 10% водного раствора йодистого натрия; сыворотка выздоравливающих (внутримышечно 50 мл), аутогемотерапия. В хронических стадиях заболевания удовлетворительные, правда, нестойкие результаты дает применение отвара из корня красавки; скополамин, димедрол, тропацин. Субъективное улучшение отмечается при лечении теплыми ваннами, душами, УВЧ и диатермии головы, а также при инъекциях массивных доз (по 3 мл ежедневно) витамина B_1. Весьма благотворное действие оказывает на этих больных общий массаж, лечебная физкультура и трудовая терапия. Большого внимания требует уход за этими больными.

О всех случаях заболевания эпидемическим энцефалитом необходимо немедленно представлять экстренные извещения (по специально установленной форме) в местные органы здравоохранения.

Rp. Scopolamini hydrobromici 0,01
Morphini hydrochlorici 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. По 6—8—10 капель 2—3 раза в день

Rp. Rad. Atropae Belladonnae 35,0
Vini albi 8—10° 700,0
Carbonis animalis 0,5
M. coque per X minutas
DS. Принимать ежедневно начиная с 5 мл и повышая на 5 мл до 35 мл на прием

Энцефалит весенне-летний (клещевой) см. *Инфекционные болезни.*

Энцефалит летне-осенний (комариный — японский) см. *Инфекционные болезни.*

ЭПИЛЕПСИЯ (EPILEPSIA). ПАДУЧАЯ БОЛЕЗНЬ. Развивается при травме головы, родовой травме, инфекциях, интоксикациях и опухолях мозга.

Симптомы и течение. Приступы с внезапным расстройством сознания, общими судорогами, во время которых у больного часто наблюдается прикусывание языка, пенистая слюна и недержание мочи. Иногда приступу предшествует период предвестников, так называемая аура (слуховые, зрительные, осязательные раздражения). Эпилептический припадок длится несколько минут, после чего обычно наступает длительный сон. Проснувшись, больные не помнят о происшедшем. Иногда припадки быстро следуют друг за другом (эпилептическое состояние). Припадки возникают через неравномерные промежутки. Иногда в течение жизни отмечаются лишь единичные припадки.

Судорожный эпилептический припадок обусловлен патологической инертностью известного пункта коры головного мозга, нередко двигательного анализатора. Ночные эпилептические припадки объясняются тем, что в состоянии бодрствования инертный пункт недостаточно силен, чтобы обнаружить свое действие на нормальную деятельность коры, а проявляется только ночью, когда возбуждение коры ослаблено. Сильное психическое возбуждение, переутомление, недостаточно проветренное помещение, нарушения со стороны кишечника (запоры) и другие вредности могут

провоцировать приступы. Наряду с судорожными большими припадками, встречаются также и так называемые малые приступы (petit mal), во время которых больной на несколько секунд теряет сознание, прерывает нить разговора, смотрит в одну точку, а затем как ни в чем не бывало продолжает прерванную фразу. В период между приступами у больных отмечаются определенные черты характера: прилипчивость, черствость, злобность, аккуратность, доходящая до педантизма, вспыльчивость. Течение хроническое. Особо следует выделить кожевниковскую эпилепсию, которая в большинстве случаев связывается с клещевым энцефалитом. В этих случаях в периоде между большими припадками наблюдаются постоянные клонические судороги в какой-либо мышечной группе (epilepsia partialis continua). Крайне тяжелой формой эпилепсии является та, при которой припадки повторяются очень часто в течение нескольких дней подряд (status epilepticus). Они представляют опасность для жизни.

Распознавание. Необходимо исключить истерические припадки, при которых реакция зрачков на свет сохранена, больной не ушибается, не упускает мочи и не прикусывает языка. У детей нужно исключить судороги, связанные с рахитом, ларингоспазмом, спазмофилией и другими состояниями. Склонность к припадкам у детей до 3 лет, не связанная с грубым нарушением в центральной нервной системе, обычно бесследно исчезает. Юношеские эпилептические припадки также часто исчезают к окончанию полового развития. Прогноз неблагоприятен, когда припадки начинаются в зрелом возрасте.

Лечение. В случаях рубцов, спаек, опухоли в мозгу — оперативное вмешательство. Вне припадков — люминал (по 0,05 г два раза в день), кальций, бромистый натрий, бура.

Хороший эффект получается от приема люминала с кофеином, который дают в половинной дозе по отношению к люминалу. Люминал применяют длительное время; через каждые три дня следует делать перерыв на день. С успехом применяют дифенин; в отличие от люминала он не вызывает сонливость; дифенин по 0,1 г один-два раза в день в течение месяца. При лечении этим препаратом иногда появляются некоторые нарушения со стороны нервной системы (бред, галлюцинация, двоение в глазах), дерматит и гингивит. В этих случаях уменьшение дозы или временное прекращение приема препарата снимает эти осложнения. Назначают также глютаминовую кислоту, таблетки Кармановой. При тяжелых формах эпилепсии рекомендуется в соответствии со схемой лечения давать по 1 таблетке № 1 и по 1 столовой ложке видоизмененной микстуры Бехтерева 3 раза в день в течение 40—50 дней. При эпилепсии средней тяжести следует давать по 1 таблетке № 1 и по 1 столовой ложке микстуры 2 раза в день в течение такого же срока. При легких формах дававть по 1 таблетке № 2 и по 1 столовой ложке микстуры 3 раза в день в течение 35—40 дней (подробно смотри инструкцию, разосланную на места и опубликованную в журнале «Невропатология и психиатрия», 1952, № 11). При petit mal в последнее время с эффектом применяют триметин — детям по 0,05—0,1 г, взрослым по 0,2—0,3 г три раза в день во время еды. Во время лечения триметином необходимо каждые 10 дней проверять состав крови (возможна нейтропения с агранулоцитозом). Лечение длительное и упорное.

Больным рекомендуется больше находиться на свежем воздухе, избегать душных помещений, заниматься лечебной физкультурой. Диета преимущественно молочно-овощная с ограничением мяса, соли и экстрактивных веществ, исключить из пищи все возбуждающее, спиртные напитки, следить за кишечником, исключить курение.

Во время припадка необходимо подложить под голову мягкий предмет, предварительно, до сведения челюстей, вынуть изо рта имеющиеся у больного съемные зубные протезы, нужно вложить между зубами в несколько раз сложенный угол носового платка (чтобы больной не прикусил языка), расстегнуть ворот рубашки, пояс, шнуровки, стесняющие дыхание. Ничего

не вливать в рот. При длительном приступе или status epilepticus — клизмы из хлоралгидрата или с паральдегидом.

При затянувшемся статусе вводят внутривенно 5 мл 20% раствора сернокислой магнезии или 20 мл 40% раствора глюкозы. Иногда приходится прибегать к спинномозговой пункции.

Во время припадка нельзя тревожить больного. Во избежание нанесения увечий себе и окружающим этим больным запрещается работать на высоте, у огня, у машины, в качестве водителей транспорта. При тяжелой психической деградации больного необходимо поместить в специальный стационар.

Rp. Luminali 0,05
Coffeini natrio-benzoici 0,02
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Trimetini 0,2
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Diphenini 0,025—0,1
D. t. d. N. 20 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 3 раза в день, запивать половиной стакана воды

Rp. Natrii bromati 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день

Rp. Chlorali hydrati 4,0
Mucilaginis Amyli 10,0
Aq. destill. ad 75,0
MDS. На 2 клизмы

Rp. Boracis 1,0
D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

ГЛАВА VII

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Возбуждеиие острое. Этиология. Наблюдается при многих психических заболеваниях (инфекциях, интоксикациях, травмах черепа, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, истерии), возникает на фоне страхов, галлюцинаций, при состояниях резкой тревоги, тоски, острого истощения, при больших потерях крови и пр.

Симптомы. Возбуждение связано с более или менее выраженным двигательным и речевым беспокойством, страхами и пр. При резком возбуждении больные представляют опасность для себя и для окружающих.

Течение. От часов до недель и месяцев.

Лечение. В целях быстрого купирования острого возбуждения разнообразного генеза, а также для экстренной госпитализации больного ему рекомендуется ввести:

Rp. Sol. Apomorphini hydrochlorici steril. 0,3—0,5% 10,0
D. in vitro nigro
S. По 0,5—1 мл подкожно; через 1—2 часа повторить

Если апоморфина нет или больной плохо его переносит, дают омнопон. Наркоз наступает через 10—15—30 минут и длится $^1/_2$—3 часа; если одна инъекция не достигает цели, то при условии контроля над пульсом через 2 часа ее можно повторить.

Морфин и хлоралгидрат противопоказаны, так как они увеличивают внутричерепное давление и усиливают возбуждение.

При необходимости удержать больного в постели следует во избежание повреждений уложить его на спину и удерживать за середину предплечий, за плечи, бедра, не сдавливая при этом грудь, живот, шею.

Отдельные виды возбуждения.

Возбуждение аментивное. Симптомы. Спутанность, бессвязность мышления, дезориентировка, колебания аффектов, иногда обманы чувств и двигательное беспокойство.

Лечение. Строгое постельное содержание, усиленное питание (жидкая пища, солевые и питательные клизмы, подкожные инъекции физиологического раствора). Если возбуждение носит затяжной характер, ввести внутривенно в одном шприце 15 мл 40% раствора глюкозы и 15 мл 25% тиосульфата натрия.

Возбуждение галлюцинаторно-параноидное. Симптомы см. *Галлюцинаторно-параноидный синдром.*

Лечение. Предварительно, до применения инсулиновой терапии, рекомендуется:

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл подкожно 2 раза в сутки в течение 3 дней

Когда больной станет несколько спокойнее, назначают клизму.

Rp. Barbamyli 0,3—0,5
Chlorali hydrati 1,5
Aq. destill. 25,0
DS. На одну клизму; повторять 2 раза в сутки в течение 3 дней

Ежедневно рекомендуется делать теплые ванны (37—38°) в течение 1/2—1 часа[1].

Возбуждение депрессивное. Тревожно-депрессивное. Симптомы см. *Депрессивный синдром.*

Лечение. Рекомендуются инъекции барбамила по 3—5 мл 5% раствора внутримышечно, на курс до 20 инъекций.

Указанные мероприятия по введению снотворных проводят 1—2 раза в сутки в течение 3—4 дней. При повышенной температуре снотворные следует давать в меньших количествах.

Возбуждение при инфекционных и токсических психозах. Симптомы см. *Аментивный, делириозный синдром и синдром оглушенности.*

Лечение. Целесообразно сочетание возбуждающих средств со снотворными. Чем резче выражена спутанность, тем больше акцент следует ставить на возбуждающие средства. Начинают лечение с купирования оглушенности назначением возбуждающих средств, а именно 1—2 мл 10% раствора кофеина подкожно. Если состояние не улучшается, особенно при недостаточно хорошем пульсе, надо добавить 1—2 мл 10% раствора коразола (или кордиамина) подкожно или внутривенно (вводить медленно!). Применение обоих средств требует последующего внутривенного введения 50 мл 40% раствора глюкозы. При необходимости инъекцию можно повторять каждые 2—3 часа.

Если возбуждение носит затяжной характер, надо ввести внутривенно в одном шприце 15 мл 40% раствора глюкозы и 15 мл 25% раствора тиосульфата натрия.

Если возбуждение выражено резко и если больного надо транспортировать, то, кроме возбуждающих средств, следует давать снотворные (при условии удовлетворительного соматического состояния и нормальной температуры). Рекомендуется ввести 5—6 мл 10% раствора гексенала внутривенно или внутримышечно, после чего назначить клизму из 25 мл 2% раствора мединала и подкожно ввести 1—2 мл 10% раствора кофеина.

Возбуждение кататоническое. Симптомы см. *Кататонический синдром.*

Лечение см. *Шизофрения.*

На первом этапе заболевания, когда общесоматическое состояние удовлетворительное и температура не повышена, рекомендуется гексенал.

Rp. Hexenali 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. В ампулу прибавить 8—10 мл стерилизованной дистиллированной воды и ввести внутримышечно

[1] В последнее время для лечения состояний возбуждения, тревоги применяют новый препарат аминазин. Внутримышечно по 0,025—0,05 г (1—2 мл 2,5% раствора развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина). Внутрь таблетки по 0,025 г.

После того как больиой уснет, ввести клизму.

Rp. Sol. Chlorali hydrati 5% 15,0
DS. На одну клизму

Кроме того, подкожно вводят 2 мл 20% камфарного масла или 10% раствор кофеина, которые не только улучшают сердечно-сосудистую деятельность, но н усиливают снотворное действие наркотиков. Эти процедуры проводят 2 раза в сутки.

Возбуждеиие маииакальиое. Симптомы см. *Маниакальный синдром.*

Лечеиие см. *Маниакально-депрессивный психоз (маниакальная фаза).*

Возбуждение психогениого характера. Симптомы см. *Истерия. Реактивные психозы.*

Лечение. Наряду с режимными мероприятиями и психотерапией, рекомендуется иижеуказаиное курсовое лечение.

Rp. Sol. Natrii bromati 1% 10,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривеиного вливания.

Эти вливаиия чередуют с вливаииями раствора сериокислой магнезии:

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривеиного вливания.

Возбуждеиие при травмах мозга. Симптомы см. *Травматические психозы.*

Лечение. При травмах мозга с выраженными сосудистыми нарушениями рекомендуется вводить одновременно Sol. Glucosae 40% 20,0 и Sol. Acidi nicotinici 1% 6,0. Производят внутривенные вливания один раз в сутки в течение 2 недель с повторным курсом через неделю.

При выражеиных аффективных расстройствах рекомендуется:

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% (40%!) 20,0
Sterilisetur!
DS. По 5—10 мл внутривеиио или виутримышечно

Во многих случаях уместно применять бромистый натрий с кофеином:

Rp. Sol. Natrii bromati 0,25—0,5
Coffeini natrio-benzoici 0,05—0,25
Aq. destill. 50,0
M. Sterilisetur!
DS. Для внутривенных или внутримышечиых инъекций по 5—10 мл. На курс 15—20 вливаний

Возбужденне при эпилепсии. Симптомы см. *Сумеречное состояние.*

Лечение состоит в назначении хлористого кальция:

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Для виутривеииого введеиия, иачав с 5 мл и доведя до 10 мл, одии раз в сутки, вводить медлениo!

Если возбуждеиие иосит хаотический характер, целесообразио назиачить подкожно кофеии:

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—2 ампулы подкожно

и одновременно ввести бромистый натрий:

Rp. Sol. Natrii bromati 0,5—1% 30,0
Sterilisetur!
S. Для внутривенного или внутримышечного
введения 5—10 мл

Если все эти мероприятия окажутся бессильными, надо прибегнуть к клизме из хлоралгидрата (6% 15 мл) (можно одновременно с хлористым кальцием) и мединала (2% 5,0), которую повторять по 2 раза в сутки в течение 3—4 дней. Если больной все же будет находиться в сумеречном состоянии, надо прибегнуть к спинномозговой пункции.

СИНДРОМЫ

Аментивный синдром. См. *Возбуждение аментивное.*

Амнестический (корсаковский) синдром. См. *Алкогольные психозы* (корсаковский психоз).

Апато-абулический синдром. Этиология. Наблюдается чаще всего при травмах черепа и инфекции. Симптомы. Вялость, апатия, отсутствие инициативы, побуждений, ослабление воли, нарушение внимания.

Астено-адинамический синдром. Этиология. Наблюдается чаще всего при инфекциях и травмах черепа. Симптомы. Понижение работоспособности, утомляемость, забывчивость, плохой сон и аппетит. Лечение. Рекомендуется переливание крови, физиотерапевтические мероприятия: общее облучение ультрафиолетовыми лучами, теплые ванны, электрическое поле УВЧ на голову в атермических дозах.

Галлюцинаторно-параноидный синдром. См. *Возбуждение галлюцинаторно-параноидное.*

Делириозный синдром. Этиология. Наблюдается при инфекциях, интоксикациях, травмах черепа и пр. Симптомы. Наплыв бредовых и галлюцинаторных явлений при помрачении сознания, иллюзорное восприятие окружающего, двигательное беспокойство, сменяющиеся аффекты.

Депрессивный синдром. См. *Маниакально-депрессивный психоз.* При возбуждении см. *Возбуждение депрессивное.*

Ипохондрический синдром. Этиология. Наблюдается при самых разнообразных заболеваниях, в том числе при шизофрении, развиваясь из галлюцинаторно-бредовых заболеваний, из аффективных состояний и пр. Симптомы. Преувеличение описания действительных и воображаемых заболеваний, причем все внимание больного концентрируется на ощущениях в тех или иных частях тела и все поведение определяется этими опасениями за свое здоровье.

Кататонический синдром. Этиология. Наблюдается чаще всего при шизофрении. Симптомы. Различают кататонический ступор и кататоническое возбуждение, которые могут сменяться. Сочетание гиперкинетических и ступорозных симптомов (мутизм, негативизм, стереотипия, гримасничание, импульсивные действия и пр.). Состояние ступора заключается в неподвижности при наличии расслабления мускулатуры или, наоборот, ее напряжения, скованности. На первый план выступает снижение активности и стимулов к деятельности, понижение волевых импульсов (см. также *Ступор*). При кататоническом возбуждении у больных наблюдается большей частью монотонное проявление двигательных и волевых импульсов, разорванная речь, иногда они производят самые нелепые и агрессивные действия. Лечение см. *Шизофрения* и *Возбуждение*.

Маниакальный синдром. См. *Возбуждение маниакальное.*

Отказ от еды. При отказе от еды, нередко сопровождающем состояние ступора, назначают солевые клизмы (стакан теплого физиологического раствора хлористого натрия 32—33°, один-два раза в день после опоражнивающей клизмы), внутривенно вводят 10—30 мл 10% раствора хлористого натрия с последующим назначением обильного питья с сахаром, витамином (главным образом витамином С), дают 5—10 единиц инсулина натощак. Спустя 2—3 дня через зонд или, что менее эффективно, путем клизмы вводят 1,5 л молока, 1—2 яйца, 10—15 г поваренной соли, витамины и сахар. Для усиления всасываемости прибавляют несколько капель йода. Для лучшего удержания клизмы добавляют 2—5 капель опия, предварительно сделав очистительную клизму. При появлении ацетона в моче назначают слабительные соли, клизму на физиологическом растворе. Каломель противопоказана (опасность стоматита!). Усиленно снабжают организм жидкостью. При отказе от пищи в течение 2—3 суток больного надо стационировать.

Синдром навязчивости. См. *Психастения.*

Синдром оглушенности. Этиология. Чаще всего при инфекциях и интоксикациях, травмах черепа. Симптомы. Погруженность в полудремоту, неясное восприятие окружающего. Способность запоминания понижена, внимание привлекается с трудом, мышление затруднено.

Ступор (острый). Этиология. Помимо шизофрении и тяжелой депрессии, ступор изредка наблюдается при реактивных и органических психозах (прогрессивный паралич).

Симптомы. Состояние неподвижности с расслаблением мускулатуры (большей частью при тяжелой меланхолии) или с ее напряжением (при кататонии). В случаях расслабления мускулатуры приподнятая рука больного падает, как мертвая, при напряжении же мускулатуры попытка извне изменить положение тела больного встречает нарастающее сопротивление. Ступор может внезапно смениться возбуждением (см. *Возбуждение*).

Течение. От нескольких часов до недель и месяцев.

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 3—5 мл подкожно

Лечение. Рекомендуется применение следующих препаратов: Через 10 минут делают клизму.

Rp. Sol. Barbamyli 1,5% 30,0
DS. На одну клизму (температура воды 36°)

Барбамил противопоказан при заболевании печени и почек. В этих случаях рекомендуется физиологический раствор хлористого натрия (300—500 мл), 30% ректификованный спирт внутривенно (30—40 мл), кислород подкожно (200—300 мл), а также хлористый кальций.

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 10 мл внутривенно ежедневно

При затяжном ступоре показано внутривенное введение барбамила (5%) в дозе до 5—8 мл.

СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ. Этиология. Чаще всего наблюдается при эпилепсии, травмах и истерии.

Симптомы. Помрачение сознания, неясная ориентировка в окружающем, одностороннее восприятие лишь отдельных элементов из окружающего мира. Галлюцинации преимущественно устрашающего содер-

жания, главным образом галлюцинации слуха и зрения, и бредовое толкование окружающего. Резкая аффективная напряженность. В движении преобладает автоматизм. По выходе из этого состояния больные не помнят, что с ними было.

Течение. Длительность от минут до нескольких дней, в редких случаях — недель. Начало и конец острые, заканчиваются обычно сном.

Лечение. Тщательный надзор, постельное содержание. Извлечение спинномозговой жидкости и назначение наркотических средств. Из лекарств рекомендуется:

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 10 мл внутривенно, вводить медленно!

Если этого недостаточно, добавить:

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл подкожно

ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ. Психические расстройства возникают как при остром, так и при хроническом отравлении алкоголем.

Алкогольные психозы часто кратковременны и нередко проходят еще до помещения в психиатрический стационар.

Алкоголизм острый. При остром отравлении алкоголем нередко наблюдается так называемое патологическое опьянение с резко выраженной агрессивностью и общей оглушенностью. Эти состояния большей частью кратковременны.

Лечение. В первую очередь следует назначить снотворное, в частности хлоралгидрат (1—2 г); прием препарата можно повторять через 2—3 часа. Наряду с этим сердечные средства (подкожное впрыскивание камфары и пр.). Тщательное наблюдение за поведением больного. При двигательном возбуждении вводить подкожно 1 мл 0,5% раствора апоморфина и обильно промывать желудок.

Алкоголизм хронический. Симптомы. Понижение работоспособности. Неустойчивость настроения, раздражительность. Этическое снижение и постепенная деградация. Редким спутником является так называемый бред ревности пьяниц. Головная боль, головокружение, расстройство речи, дрожание рук и языка, расстройство сна. Из общесоматических расстройств — катар желудочно-кишечного тракта, поражение печени и почек, снижение половых функций. Важное место среди алкогольных расстройств занимает клиника похмелья. Одним из ранних признаков является исчезновение на следующий день после выпивки отвращения к алкоголю, свойственное обычно пьющему. Сначала исчезает это отвращение, а затем со временем постепенно начинает чувствоваться прямая потребность в приеме алкоголя, в опохмелении.

Течение. Длительное, зависит от создания условий для полного отнятия алкоголя, от психо-соматической устойчивости организма, количества и концентрации поглощаемого алкоголя.

Профилактика. Борьба с алкоголизмом должна вестись в плане оздоровления труда и быта путем противоалкогольного воспитания, переключения на творческое участие в общественной и профессиональной жизни путем санитарно-просветительной работы в сельских школах (в старших классах), поднятия культурного уровня населения и т. п.

Лечение связано прежде всего с полным отнятием алкоголя. Начинать лечение следует амбулаторно, в психоневрологических диспансерах,

в случае неудачи — в специальном стационаре. Уместны психотерапевтические беседы, в ряде случаев — гипноз. Рекомендуется коллективный гипноз, который более эффективен (в силу взаимной индукции) и экономит время врача.

Необходимо подчеркнуть важность социально-воспитательных мероприятий. Большое значение имеет трудовая терапия.

Наряду с общеукрепляющими средствами применяется водолечение, обильное питание, растительно-молочная диета.

Из общеукрепляющих и тонизирующих средств рекомендуется кислород — 200—300 мл подкожно 2—3 раза в неделю.

Большим шагом вперед явилось использование метода условных рефлексов: сочетание рвотных средств (апоморфина и пр.) с дачей алкоголя. Лечение проводит врач в условиях стационара.

При явлениях воздержания (беспокойство, страх, дрожание рук, бессонница) наряду с постельным режимом следует назначать барбитураты или хлоралгидрат.

Белая горячка. Этиология и патогенез. Возникает исключительно на почве хронического алкоголизма. Предрасполагающими причинами считаются лихорадочные заболевания, резкое возбуждение.

Симптомы. Изменение общего самочувствия, тревога, беспокойство, неопределенные страхи, расстройство сна — таковы нередко предвестники белой горячки. Чаще отмечается острое начало, когда (обычно ночью) изменяется сознание больного и появляются обильные галлюцинации, главным образом зрительного характера. В дальнейшем такие галлюцинации возникают и днем. Для этих галлюцинаций характерны малые размеры, яркость, сценичность, подвижность (преобладают мелкие животные, насекомые). Нередки галлюцинации осязания (ползание мурашек, шевеление под кожей).

Галлюцинации ведут к бредовому, извращенному толкованию действительности. Больные нередко воспроизводят сцены, отображающие их обычные занятия («профессиональный бред»). Весьма характерно сочетание страха и юмора. Двигательное и речевое беспокойство. Сознание изменено; ориентировка, особенно в месте, расстроена. Дрожание рук, повышенная чувствительность к болевым раздражителям, нередко эпилептиформные припадки, особенно в начале заболевания, тяжелые нарушения сна, страх.

Течение острое, приступы проходят в течение 3—8 дней. Выздоровление наступает сразу, во сне (так называемый критический сон).

Лечение. В первые дни назначают постельный режим и тщательный надзор. Особое внимание нужно уделить сердечной деятельности: рекомендуется строфант, камфара, кофеин, наперстянка.

Для купирования белой горячки прибегают к вызыванию длительного (на протяжении 15—20 часов) «критического сна» по следующей прописи:

Rp. Hexenali 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Растворить содержимое 1 ампулы в 10 мл свежеприготовленной стерилизованной дистиллированной воды, вводить 10 мл внутримышечно (в область ягодицы) или 5 мл внутривенно

Раствор гексенала следует вводить в вену медленно, не быстрее 2 мл в минуту, иначе могут появиться угрожающие симптомы: бледность, цианоз, остановка дыхания и возникнет опасность коллапса, даже угроза смерти. Если больной просыпается, ему следует немедленно дать 0,1—0,2 г люминала.

При возбуждении, связанном с двигательным беспокойством и бессонницей, рекомендуется назначение барбитуратов, при более интенсивном возбуждении — хлоралгидрат:

Rp. Chlorali hydrati 6,0
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. āā 50,0
MDS. По 1—2 столовые ложки на прием

Корсаковский психоз. Симптомы. Расстройство способности к запоминанию нового, свежих впечатлений, ретроградная амнезия[1], расстройство ориентировки во времени и месте, конфабуляции, постепенное снижение интеллекта. Сознание ясное. Нередко полиневриты.

Течение. Развивается постепенно и может длиться в течение ряда лет без значительных колебаний. В более легких случаях наступает выздоровление без дефекта.

Лечение. В основном сводится к уходу, в остальном — симптоматическое. Первое время постельный режим, теплые ванны. Из лекарств: 0,1% раствор стрихнина по 0,5 мл под кожу один раз в день, а также витамин B_1, глюкоза, кофеин.

АТЕРОСКЛЕРОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ГИПЕРТОНИЯ. Этиология и патогенез. В возникновении атеросклероза существенную роль играют экзогенные вредности (физические и психические), а также возрастные анатомические изменения сосудистого аппарата.

Симптомы. Ослабление памяти, в особенности запоминания нового, падение работоспособности, инициативы. Неустойчивость настроения, нарастающее слабодушие, слезливость. Характерный симптом — головные боли, головокружение, шум в ушах и голове, расстройство сна. При тяжелых формах атеросклероза важную роль приобретают инсульты (см. *Инсульт*). Иногда нарастающее снижение интеллекта, доходящее в отдельных случаях до слабоумия.

Течение. Хроническое; в одних случаях медленное, сравнительно благоприятное, с длительными периодами стационарного состояния, в других — неуклонно прогрессирующее ухудшение.

Профилактика. Алкоголь, переутомление являются важными внешними моментами, устранение которых имеет большое профилактическое значение. Длительный отдых, соблюдение соответствующих психогигиенических норм, перевод в отдельных случаях на более легкую работу.

Лечение. В легких случаях такое же, как при общем артериосклерозе. Наряду с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, большую роль играет психотерапия: больные требуют в первую очередь успокоения и утешения. Из лекарственных средств применяют йодистые препараты.

Rp. T-rae Jodi 10% 10,0
pro usu interno
DS. По 3—5 капель на молоке 2—3 раза в день после еды

Rp. Diuretini 0,3
Kalii jodati 0,1
M. f. pulv.
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3—5 раз в день в течение месяца, а затем месячный перерыв

В возникновении гипертонии отмечается сочетание различных вредностей — психических травм, повторных инфекций, переутомления и пр.

Симптомы. Наряду с повышенным артериальным давлением, отмечаются более или менее резкое снижение работоспособности, повышенная утомляемость и истощаемость, аффективная неустойчивость, ослабление памяти, наклонность к головокружениям и головным болям, к приливам крови к голове.

[1] Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, предшествовавшие началу болезни, и ослабление или расстройство памяти вообще.

Лечение. При доброкачественных гипертониях рекомендуется применение следующих препаратов.

Rp. Salsolini (seu Salsolidini) hydrochlorici 0,03
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3—5 раз в день

Rp. Diuretini 0,3
Luminali 0,03
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Ограничение приема жидкости. При резком возбуждении — постельное содержание и ванны.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ. Этого рода психозы наблюдаются после отравления наркотиками (см. *Алкоголизм. Кокаинизм. Морфинизм*), лекарственными, пищевыми и промышленными ядами.

ОСТРЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ см. *Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях.*

ПСИХОЗЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ПОЧВЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Особенности психозов при различных видах отравлений

Акрихин. Симптомы. Отравление акрихином наблюдается в отдельных случаях в связи с его передозировкой в процессе терапевтического применения. Самый частый синдром при хроническом отравлении — маниакальный.

Антифриз (принадлежит к очень тяжелым ядам). Симптомы. Вслед за кратковременной эйфорической стадией наступает тяжелое оглушение, нередко переходящее в коматозное состояние и заканчивающееся смертью. В благоприятных случаях болезнь заканчивается длительным астеническим состоянием.

Атропин. Симптомы. Наблюдается делириозное помрачение сознания со зрительными галлюцинациями, неприятные ощущения в коже, веселое настроение или страхи, характерное возбуждение. После короткого промежутка времени появляется ступор (в отдельных случаях наступает смерть) или же сознание начинает постепенно проясняться и остается лишь частичная амнезия.

Барбитураты. Симптомы. При хроническом отравлении психическая картина напоминает прогрессивный паралич: расстройство речи, счета, памяти, расстройство реакции зрачков на свет и пр. При длительном отравлении — делирий (см. *Синдром*), эпилептиформные припадки.

Бром. Симптомы. Короткий период повышенного настроения сменяется периодом пониженного настроения, сонливости; отмечается расстройство речи. Постепенно развертывается картина помраченного сознания, реже спутанности, появляются бредовые идеи.

Окись углерода. Симптомы. Больные становятся делириозными, спутанными, а в дальнейшем чаще всего развертывается амнестический синдром. Выздоровление бывает неполным, длительное время остается понижение активности, памяти, аффективная тупость.

Тетраэтилсвинец (ТЭС) принадлежит к промышленным ядам. Симптомы. Особенно характерны переживания страха с бредовыми высказываниями о предстоящей гибели — своей и родных, а также делирии с яркими зрительными и тактильными галлюцинациями. Постепенно атактические явления усиливаются. Возникает тяжелое оглушение сознания с резким психомоторным возбуждением и последующей полной амнезией. Обнаруживаются трофические расстройства, температура поднимается до 40° и выше, и в этих случаях больной нередко погибает.

В других случаях острое состояние постепенно сменяется астеническим синдромом.

При отравлении свинцом влияние на психику обнаруживается лишь после длительной интоксикации.

В легких случаях заболевание ограничивается астеническим синдромом, в более тяжелых развивается так называемая свинцовая энцефалопатия с эпилептиформными припадками; иногда наблюдается делириозная спутанность.

Эрготизм («злая корча») вызывается ядами пищевого происхождения. Симптомы. После ряда предвестников (повышенная утомляемость, подавленное настроение, страхи и пр.) развивается состояние спутанности с галлюцинациями, иногда с резким возбуждением и аффектом страха или же ступор.

Лечение при интоксикационных психозах. Вначале симптоматическое и согласно психопатологическому синдрому.

При эйфорически-атактическом синдроме рекомендуются теплые ванны, внутривенное вливание 5 мл (25%) сернокислой магнезии, 10 мл (40%) глюкозы, 4 мл витамина B_1 (0,5%) и 3 мл аскорбиновой кислоты (1—5%).

При психомоторном возбуждении: 10 мл (10%) раствора гексенала внутримышечно в область ягодицы; если возбуждение очень резкое, то вслед за этим вводят 50 мл (2%) раствора мединала ректально, а также делают теплую ванну.

При астеническом состоянии наряду с усиленным питанием рекомендуются малые дозы инсулина с последующим приемом (через ½—1 час) 50—100 г сахара, витамины А и С, люминал 0,1—0,2 г на ночь.

При психозах, протекающих при наличии резкого психомоторного возбуждения, резкого истощения, выраженной сердечной декомпенсации, резкой одышки и выраженной болезни печени, пользоваться морфином надо крайне осторожно. В этих случаях целесообразнее прибегнуть к барбитуратам. При отравлении ТЭС противопоказан бром.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Острые инфекционные психозы

Симптомы. Инфекционные психозы проявляются в виде так называемого инфекционного делирия и аментивного синдрома. При инфекционном делирии вначале отмечаются общее недомогание, головные боли, повышенная чувствительность к внешним раздражениям, раздражительность, затруднения в мышлении, расстройство сна, кошмарные сновидения. Постепенно становится более выраженным расстройство сознания, появляются галлюцинации, бред, в образовании которого большую роль играют неприятные ощущения в различных органах. Аментивный синдром характеризуется развитием спутанности, сопровождается бредом, галлюцинациями, иллюзиями и двигательным возбуждением. Болезнь начинается бессонницей, беспокойством, растерянностью, все окружающее кажется изменившимся, странным.

Аментивный синдром — более длительное заболевание, чем инфекционные делирии.

Корсаковский синдром характеризуется резким расстройством запоминания, конфабуляциями, нарушениями главным образом ориентировки во времени.

Течение. Длительность заболевания от недели до месяцев. Наряду с большинством острых инфекций, которые полностью заканчиваются в течение недели — месяцев, наблюдаются инфекции, склонные переходить в хроническую фазу. Это прежде всего ревматизм и энцефалит.

Особенности психозов при различных острых инфекциях

Бешенство. Симптомы. Болезнь начинается через 2—10 недель (а иногда значительно позднее — через год и более) после заражения — укуса бешеным животным — и проявляется сильной головной болью, болезненным беспокойством и подавленностью, переходящими в повышенную чувствительность к внешним раздражениям. По мере повышения температуры появляются характерные спазмы при глотании, приступы удушья, сухость во рту, сильная жажда. Больные приходят в состояние резкого возбуждения с галлюцинациями, бредом, аффектом страха, неистово кричат. Сознание постепенно начинает помрачаться, появляется делириозное состояние и спутанность, сопровождающиеся вначале возбуждением, а затем наступают параличи главным образом ног, судороги, расстройство речи. В таком состоянии больные погибают через несколько дней после начала острых явлений. В отдельных случаях наблюдается «ложное бешенство» с психическим истерическим синдромом.

Бруцеллез. Симптомы. На высоте температуры — делириозное состояние, реже апатия, некоторая оглушенность на фоне визуальной депрессии. Характерно сочетание симптомов лихорадки, потливости, астении (физической и психической), гиперальгических явлений.

Брюшной тиф. Симптомы. Психические расстройства реже, чем при сыпном тифе. В лихорадочном периоде — делирии, после падения температуры — эпилептиформное возбуждение и сумеречное состояние. Нередко отмечается эйфория с бредом величия. В заключительном периоде возникает иногда амнестический и астенический синдром.

Воспаление легких. Симптомы. Проявляется в виде бурного лихорадочного бреда, астенического, депрессивного, реже делириозно-аментивного и депрессивно-параноидного синдрома.

Грипп. Симптомы. Реже встречаются инфекционные делирии, чаще аментивный синдром и астено-абулическое состояние с ипохондрически-параноидными установками, страхом.

Малярия. Симптомы. Наблюдаются делириозные эпизоды, галлюцинаторный бред, эпилептиформные состояния возбуждения, острая спутанность. Иногда отмечаются развитие корсаковского синдрома, хронические изменения характера и стойкое слабоумие на почве малярийного менинго-энцефалита. В случаях хронической малярийной кахексии наблюдаются состояния депрессии, астении, аментивный синдром.

Оспа. Симптомы. Эпилептиформное возбуждение, сменяющееся аментивным состоянием. Впоследствии нередко стойкие изменения характера с наклонностью к аффективным вспышкам.

Пиемические и септицемические процессы (в связи со злокачественными ангинами, гангреной легких и пр.). Симптомы. Оглушенность, делириозные состояния с резким возбуждением вначале.

Рожа головы. Симптомы. Часто дает осложнение в виде делириозного состояния, иногда эпилептиформные припадки.

Сыпной тиф. Симптомы. Психические изменения наблюдаются часто и резко выражены. В начале болезни нередко гипоманиакальные состояния, затем яркий бред со сложными переживаниями, яркие галлюцинации, отмечают также апато-абулические и астено-адинамические синдромы, которые нередко заканчиваются аментивным синдромом.

Суставной ревматизм. Симптомы. В школьном периоде эпилептиформное возбуждение и кратковременное сумеречное состояние. После падения температуры иногда развивается аментивный синдром, иногда же ступор, сменяющийся возбуждением, сонливость. При наклонности ревматизма к затяжному течению — более длительное психическое расстройство с нарушениями аффективности, снижением памяти и интеллекта и повышенной истощаемостью. Особенно характерны психосенсорные расстройства.

Лечение острых инфекционных психозов. Прежде всего следует обратить особое внимание на лечение основного заболевания, для этого необходимо прибегнуть к консультации врача-терапевта, специалиста по инфекционным заболеваниям. Наряду с покоем и постельным содержанием, назначают клизмы из глюкозы (50%) или хлористого натрия (0,85%) по 50 мл с добавлением куриного белка, овощного или рисового отвара, непродолжительные холодные обтирания, ванны, бромиды, снотворные. В тяжелых случаях требуется неустанный надзор. Надо оберегать больного от пролежней.

В дальнейшем — при наличии воспалительных и токсических процессов — дезинтоксикационная и антисептическая терапия. В остальном лечение согласно соответствующим психопатологическим синдромам.

ИСТЕРИЯ. Этиология и патогенез. В основе — общая слабость нервной системы, причем особенно слабой оказывается вторая сигнальная система. Под влиянием непосильных для такой слабой нервной системы внешних раздражений нарушаются правильные взаимоотношения между корковой и подкорковой деятельностью в направлении усиления последней.

Симптомы. В основе истерического характера лежат повышенная эмоциональность, повышенная внушаемость и самовнушаемость, эгоизм и эгоцентризм, стремление к преувеличению и фантазированию, склонность к аффективным разрядам, частые смены настроения и истерические судорожные припадки, связанные с эмоциональными переживаниями. Двигательные расстройства (парезы, параличи), расстройства со стороны речи (афония, заикание и пр.), Расстройства со стороны зрения (полная или частичная слепота).

Решающим для диагноза является отсутствие органических симптомов в нервной системе.

Течение. Разнообразное.

Профилактика. Профилактика истерии, как и других психогенных реакций, сводится к созданию условий, уменьшающих возможность травматизации психики, что особенно важно по отношению к подросткам. Трудовое воспитание, улучшение условий труда и быта на основах психогигиены имеют основное значение в профилактике истерии.

Лечение. Основное — изменение тех жизненных условий, которые способствовали возникновению заболевания. Большое значение имеет правильный трудовой и бытовой режим, а также рациональное воспитание (психотерапия). В случае более резких проявлений истерических психозов необходимо стационарное лечение. Из медикаментозных средств наиболее эффективны малые дозы бромидов, а также комбинация бромидов с кофеином.

Rp. Natrii bromati 0,25—0,5—2,0
Aq. destill. 200,0
Coffeini natrio-benzoici 0,2—0,8
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Camphorae monobromatae 0,1
Pulv. radicis Valerianae 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ. Этиология недостаточно выяснена.

Симптомы. Болезнь протекает в виде приступов (маниакальные, депрессивные или смешанные маниакально-депрессивные фазы), между которыми отмечаются светлые промежутки, когда больной клинически здоров. Симптомы маниакальной фазы: повышенное настроение, интеллектуальное и психомоторное возбуждение. Наряду с этим имеют место переоценка собственной личности, иногда бредовые идеи (идея величия). Симптомы депрессивной фазы: угнетенное настроение, интеллектуальная и психическая заторможенность, бредовые идеи самообви-

нения, преследования, стремление к самоубийству. Со стороны соматики — падение веса (в обеих фазах).

Лечение. Во всех сколько-нибудь резких случаях маниакальной и в особенности депрессивной фазы необходимо помещать больных в стационар. Показателем являются попытки к самоубийству или агрессивность в отношении окружающих. Необходим самый серьезный надзор, который легче осуществить, если больному назначить постельный режим, который к тому же снижает чувство усталости и психомоторного заторможения, а также лучше предохраняет от внешних раздражителей. В случае более легкой депрессии рекомендуются валерьяновые препараты в виде капель или инфуза, введение через день кислорода (200—400 мл подкожно), переливание 200—300 мл крови, теплые углекислые, а по утрам холодные ванны.

При более тяжелом состоянии депрессии рекомендуется комбинированная терапия (инсулиновая гипогликемия — терапия сном), а также опий.

Rp. T-rae Opii simplicis 20,0
DS. Начать с 6 капель на прием 3 раза в день, добавлять каждый день по 3 капли на прием, доводя разовую дозу до 10 капель

На этой дозе больной остается в течение 2 недель. Затем дозу постепенно, по одной капле в день, убавляют.

При маниакальном состоянии при легкой степени возбуждения рекомендуется адалин (0,5 г 3—4 раза в день), а при более выраженных степенях возбуждения — барбитураты.

При резких степенях возбуждения (см. также *Возбуждение*) рекомендуется клизма из хлоралгидрата.

Rp. Chlorali hydrati 1,0
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. āā 15,0
MDS. На 1 клизму (вводить медленно!)

МОРФИНИЗМ. Этиология и патогенез. Возникает на почве хронического отравления морфином.

Симптомы. Смена настроения, расстройство памяти, внимания, снижение работоспособности, изменение характера в сторону большей замкнутости, моральные изъяны, расстройство сна, нарушение питания. Явления воздержания от морфина, которые проявляются через несколько часов после прекращения приема, выражаются в мучительном беспокойстве, резкой усталости, чихании, зевоте, зябкости, потливости, болезненных парестезиях, подергиваниях, расстройстве кишечника, головокружениях, обмороках.

Профилактика. Все усилия должны быть направлены на профилактику. Иногда фельдшера и врачи по самому ничтожному поводу необоснованно дают морфин, например при расстройстве настроения, и т. п. Применение морфина следует ограничить лишь теми случаями, когда болезнь абсолютно неизлечима, но и здесь надо применять его только в случаях крайней надобности.

Лечение. Проводится в закрытом лечебном учреждении. Отнимать морфин следует, как правило, сразу.

После периода дезинтоксикации назначают трудовую терапию, физкультуру, проводят культурно-просветительные мероприятия. Полезно пребывание на свежем воздухе. Целесообразна психотерапия — внушение наяву.

НЕВРАСТЕНИЯ (см. также *Неврозы*).

Симптомы. Быстрая истощаемость и повышенная утомляемость, легкое возникновение и бурность реакции, несдержанность, повышенная

раздражнтельность, расстройство сна. Прн всех неврастеническнх снндромах обычно нмеются ярко выраженные нарушеиия со стороны вегетативной нервной системы.

Профнлактика. Основиое — устраиение обстановки, которая способствует нстощенню нервной снстемы.

Лечение. Леченне завнснт от основных снмптомов. Наряду с общнм пснхотерапевтнческнм воздействнем, хорошнй эффект дают бромиды с кофенном. При всех формах следует прнбегать к 40% глюкозе, по 15—20 мл внутрнвенно через день (в сочетаинн с внтамннамн B_1 и С). Рацнонально применение гидротерапин.

В тяжелых случаях — помещение в санаторнй, дом отдыха.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВОСТИ см. *Психастения.*

ОЛИГОФРЕНИЯ. Этиология н патогенез. Задержка развнтня плода в связн с перенесенной инфекцней, интокснкацней, травмой, а также в связи с выраженными эндокринными нарушениямн.

Симптомы. Кроме общего недоразвития всего органнзма, отмечается более нлн менее резко выраженное недоразвнтне пснхикн, прежде всего умственной сферы.

В завнснмостн от степенн слабоумня, разлнчают ндиотню, имбецильность и дебнльность [1].

Профнлактика. Важное значенне прн олнгофреннн нмеют лечебно-педагогнческие меропрнятня в детском возрасте, а в дальнейшем трудовой режнм. Эти меры, конечно, имеют прежде всего профнлактнческое значенне, предупреждая столь частые уклонения олигофренов в сторону антисоцнальности. Собствеино профнлактнка должна вестись, начнная с периода беременности матери и борьбы с детскнмн болезнями и пр.

Лечение. Больные с тяжелой степенью недоразвнтия нуждаются в соцнальном прнзреиин. Страдающне олигофренией в степенн дебнльностн обучаются в спецнальных школах. Основная задача — последующее трудоустройство в соответствующнх их возможностям условнях.

ПРЕДСТАРЧЕСКИЙ ПСИХОЗ. Этиология. Заболевание связано с аутоинтоксикацнонными процессамн стареющего организма, сопровождается нарушеннем обмена в организме, в частностн язмеиеннем функцнй желез внутренней секрецни. Большое значенне нмеют пснхогенные и фнзнческне травмы.

Снмптомы. Симптомы находятся в завнснмостн от формы предстарческого психоза. Различают: 1) ннволюционную меланхолню с депресснвным синдромом, отлнчающнмся от обычной депрессии резко выраженым элементом тревоги, 2) инволюцноиный параноид с бредом преследования, и реже 3) инволюцнонную истерню.

Лечение. Назначенне наркотнческих, протнвоспастяческнх н гормональных препаратов, стнмулнрующих н общеукрепляющих средств.

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ. Этнологня. Снфнлнс в анамнезе.

За последнне годы благодаря шнрокнм профнлактическим меропрнятням и своевременному леченню снфялнса, проводнмым в Советском Союзе, случаи прогресснвиого паралнча резко уменьшнлнсь.

Симптомы. Болезнь чаще всего проявляется в возрасте 35—50 лет неопределенными неврастеннческнми жалобамн; важно во всех подобных случаях пронзвести исследованне крови и спннномозговой жидкостн на реакцню Вассермана. В развернутой стадии наблюдаются снмптомы нарастающего слабоумня. Нередко отмечается бред; особеино характереи бред велнчня.

---

[1] Имбецнльность — менее глубокая (сравннтельно с ндиотией) степень олнгофренин. Дебнльность — наиболее легкая степень умственной отсталости, которая может быть компенсирована воспитательно-учебными условиями.

Отмечаются зрачковые расстройства: неправильная форма зрачков, вялость, или отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакции на аккомодацию. Расстройства речи, маскообразное лицо. Резко положительная реакция Вассермана. в крови и спинномозговой жидкости.

Профилактика сводится главным образом к борьбе с сифилитической инфекцией.

Лечение. Основным методом лечения является прививка трехдневной малярии и лечение пенициллином в условиях стационара.

ПСИХАСТЕНИЯ. Этиология и патогенез. Способствующими моментами являются внешние факторы. Начало болезни часто бывает связано с соматическим и психическим истощением и травмами.

Симптомы. В психической картине доминируют навязчивые представления (болезненные сомнения, болезненное мудрствование), навязчивые действия (навязчивый счет и т. п.), навязчивые страхи (боязнь заболеть сифилисом, боязнь острых предметов и пр.).

Лечение. Важно подчеркнуть применение гипноза при неврозе навязчивости и почти полную его безэффективность при психастении. Задача рациональной психотерапии сводится к воспитанию воли, при этом показан строгий трудовой режим. Длительный отдых может принести вред.

ПСИХОЗЫ РЕАКТИВНЫЕ (ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ). Симптомы. Всегда обратимые болезненные состояния, которые непосредственно зависят от травмирующего действия на психику ряда тяжелых поражений, связанных с условиями жизни. В основном различают: реактивные депрессии, параноидные и истерические реакции (см. *Истерия*).

При реактивной депрессии нередко возникают мысли о самоубийстве, предпринимаются попытки к самоубийству. Строгое наблюдение медицинского персонала за больным.

Профилактика. Сводится к созданию условий, уменьшающих возможность травматизации психики.

Лечение. Прежде всего устранение травмирующих моментов. Наиболее активным методом является психотерапия, которая требует большой индивидуализации.

При реактивной депрессии рекомендуется:

Rp. Extr. Opii 2,0
Pulv. et extr. rad. Rhei
q. s. ut f. pil. N. 100
DS. По 3—5 пилюль в день

или

Rp. Barbamyli 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

При возбуждении:

Rp. Medinali 0,5
Chlorali hydrati 1,25
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. āā 25,0
MDS. На 1 клизму

ПСИХОПАТИИ. Аномальные варианты личности, которые отличаются дисгармонией психических свойств, неадекватностью реакций на внешние раздражения. Часты эндокринно-вегетативная неустойчивость, аномалии обмена веществ.

Течение. Определяется самой сущностью свойственных индивидууму аномалий, которые зависят от социальных и биологических факторов. При неблагоприятно сложившихся условиях психопаты могут дать психогенные реакции.

Профилактика и лечение. Важную роль играет воспитание общественных навыков, внутренней дисциплины. В тяжелых случаях необходимо обучение и воспитание в особых психоневрологических санаториях. Тяжелые психопаты подлежат помещению в колонии с трудовым режимом.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ. Этиология и патогенез. В основе травматических психозов лежат неосложненные и осложненные, открытые и закрытые травмы черепа, коммоции и контузии.

Потерю сознания и оглушенность при коммоциях и контузиях мозга следует рассматривать как результат наступающего экстренного торможения защитного характера.

Симптомы. Весьма разнообразны и находятся в зависимости от различных моментов: от формы поражения, его тяжести, распространенности и локализации, от времени, протекшего после травмы, от различных осложнений, особенности личности. Следует учитывать начальный, острый и подострый, поздний и резидуальный период.

При травматической церебропатии, являющейся отдаленным последствием закрытых и открытых травм черепа, наблюдается расстройство памяти, аффективная неустойчивость и бо́льшая или меньшая потеря работоспособности — при наличии вазомоторных расстройств, головных болей, головокружений, вестибулярных нарушений, неустойчивости при закрытых глазах, дрожания и пр. В отдельных случаях имеет место «патологическое развитие личности» (см. *Психопатия*).

Лечение. Зависит от стадии травматических поражений. В начальном периоде — абсолютный покой, постельный режим, лед на голову, опорожнение кишечника.

В острой и подострой стадии лечение должно меняться в соответствии с доминирующим синдромом (делириозный и пр.). Лечение при поздней стадии в основном заключается в назначении гипертонических растворов, прежде всего 5% раствора сернокислой магнезии. Первоначальную дозу в 5 мл постепенно доводят до 10—15 мл; в среднем делают 10—15 вливаний, которые проводят в одно и то же время. Вводить магнезию надо осторожно, так как попадание ее под кожу может вызвать некроз (абсцесс), и медленно (не больше 5 мл в минуту).

Лечение отдаленных последствий травмы черепа зависит от особенностей нарушений. На первом этапе требуется успокаивающая терапия (покой, бромиды и пр.), на втором — укрепляющая с постоянной нагрузкой физкультурой, спортом и трудовым режимом.

ШИЗОФРЕНИЯ. Этиология и патогенез не могут считаться вполне выясненными. В изучение патогенеза огромный вклад внесло учение И. П. Павлова. При шизофрении речь идет прежде всего о слабости нервной системы, особенно о слабости корковых клеток. Эта слабость вызвана как наследственными, так и приобретенными факторами (токсическое действие и пр.). Торможение при шизофрении И. П. Павлов рассматривает, с одной стороны, как патологию, с другой — как охранительное, защитное явление. Основная особенность шизофрении — повышенная тормозимость коры головного мозга, сопровождающаяся различными явлениями растормаживания подкорковых образований.

Симптомы. В одних случаях можно наблюдать все нарастающее психическое оскудение, без бреда и галлюцинаций, и болезнь распознается лишь тогда, когда дефект в психической деятельности больного становится совершенно отчетливым. В других случаях отмечается своеобразная детскость, дурашливость, гримасничанье. В третьих случаях преобладают расстройства двигательной сферы; то полная неподвижность неделями, меся-

цами, годами, то внешне ничем не мотивированное возбуждение импульсов агрессивного характера; часто отмечается чередование ступора с возбуждением. Таким больным часто свойствен негативизм (противодействие всему, что от них требуется) или, наоборот, автоматическая подчиняемость, застывание в одной позе, повторение чужих слов и действий и т. д. При преобладании в картине болезни бредовых построений имеет место бред преследования, воздействия током, гипнозом; больным кажется, что о них говорят, над ними смеются. Бред часто сочетается с галлюцинациями, преимущественно слуха или обоняния.

Из соматических нарушений определенное значение имеют расстройства вегетативной нервной системы. Имеется определенное нарушение обмена веществ: понижение окислительных процессов, изменение белкового обмена. Последнее дало повод говорить об аминотоксикозе при шизофрении, что требует дальнейшего подтверждения.

Течение. Разнообразно. В основном имеется два типа: либо процесс развивается остро, заканчиваясь в короткий срок ремиссией, в отдельных случаях с той или иной степенью дефекта, либо же он развивается вяло, хронически, настолько медленно, что трудно бывает установить начало заболевания. Хроническое течение может быть непрерывно прогрессирующим или же развиваться толчкообразными приступами (сдвигами), оставляющими после себя в отдельных случаях все более углубляющий дефект личности.

Лечение. В основу лечения должна быть положена павловская концепция охранительного торможения. В связи с этим на первое место следует выдвинуть терапию сном. Преобладающее количество больных должно быть направлено в психиатрические учреждения, где им обеспечивается правильно построенный режим, своевременная активная терапия и уход. В амбулаторных условиях может проводиться симптоматическая терапия, витаминотерапия, лечение переливанием крови, физиотерапия.

Кроме сонной терапии, применяется лечение инсулином (гипогликемия и шоки), аминазином, судорожная терапия, сульфозиотерапия, органотерапия и пр.

Из физиотерапевтических мероприятий применяют длительные теплые ванны, влажные укутывания, общесветовые ванны, облучение ультрафиолетовыми лучами, электрическое поле ультравысокой частоты.

ГЛАВА VIII

АКУШЕРСТВО

АБОРТ, ИЛИ ВЫКИДЫШ (ABORTUS), искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые семь акушерских месяцев. Различают: *ранний аборт* (ранее 16 недель беременности) и *поздний аборт* (между 16 и 28 неделями). Самопроизвольный аборт может произойти вследствие ряда причин: неполноценное плодное яйцо, недоразвитие матки («детская матка»), воспалительные заболевания женских половых органов, хронические инфекции (туберкулез, сифилис и т. д.), а также острые инфекции, сопровождающиеся высокой температурой (грипп, тиф, пневмония, малярия и т. д.), заболевания желез внутренней секреции, в частности недостаточность желтого тела, нервные потрясения, алкоголизм и др.

Симптомы и течение. Различают: 1) *угрожающий аборт* (abortus imminens): тянущие боли внизу живота и пояснице, шейка матки еще закрыта, яйцо не отделилось; в результате предпринятых мероприятий беременность может быть сохранена и развиваться дальше; 2) *начинающийся аборт* (abortus incipiens): болезненные схватки, канал шейки матки несколько расширен, кровянистые выделения, яйцо частично отделилось; 3) *аборт в ходу* (abortus protrahens): болезненные схватки, внутренний зев открыт, шейка матки сглажена, обильные кровянистые выделения, плодное яйцо целиком или большей своей частью отделено; 4) *полный аборт* (abortus completus): плодное яйцо целиком вместе с отпадающей оболочкой выделено; в матке нет остатков плодного яйца (если плодное яйцо временно задержалось у наружного зева, то в таком случае получается так называемый цервикальный, или шеечный, аборт); 5) *неполный аборт* (abortus incompletus): схваткообразные боли, плодное яйцо не вышло целиком, в матке задержались некоторые части плода или плаценты; при этом матка не может равномерно сократиться, вследствие чего отмечается довольно обильное кровотечение. Иногда кровяные сгустки задерживаются на остатках детского места, постепенно наслаиваются друг на друга, подвергаются организации и превращаются в плотное образование, носящее название *плацентарного полипа*.

В том случае, когда отслойка плодного яйца происходит медленно и кровотечение не достигает большой силы, возможно рассасывание зародыша, а остатки яйцевых оболочек вместе со свернувшейся кровью превращаются в бесформенную массу, носящую название *кровяного заноса*.

Если кровяной занос находится в матке долгое время, гемоглобин крови выщелачивается и занос получает более светлый оттенок — *мясистый занос*.

В редких случаях спустя некоторое время схватки и кровотечения совершенно прекращаются и яйцо остается очень долгое время в матке, не вызывая никаких симптомов (*задержавшийся выкидыш* — missed abortion).

Распознавание. Диагноз ставят на основании приведенных выше данных. Основное значение имеют анамнез, наличие кровянистых выделений или маточное кровотечение, схваткообразные боли внизу живота.

Лечение. Если шейка закрыта, кровянистые выделения незначительны, возможно сохранение беременности. Больную необходимо уложить в постель и предоставить ей полный покой. Для уменьшения схваток назначают препараты брома, валерьяны или наркотики (пантопон, морфин под кожу, опий внутрь). *Противопоказаны тепло и холод на живот.* При угрожающем аборте хорошие результаты дают инъекции гормона желтого тела. Рекомендуется внутримышечное введение прогестерона (действующее начало желтого тела); в 1 мл (одна ампула препарата) содержится 5 мг или 10 мл прогестерона, в зависимости от концентрации гормона. Первые 5 дней вводят по 1 мл (5 мг) прогестерона 2 раза в день, утром и вечером, последующие 10 дней — по одному разу в день. Прогестерон рекомендуется не только при угрожающих выкидышах, но и в качестве профилактического мероприятия у женщин, которые страдают привычным выкидышем. Для профилактики выкидыша и преждевременных родов рекомендуется в течение беременности проводить инъекции прогестерона по 1 мл (5 мг) ежедиевно в течение первых 10 дней, II, IV и VII месяцев беременности.

Если надежды на сохранение беременности нет, аборт заканчивают выскабливанием (операцию производит врач). Если при наличии сильного кровотечения в полости матки имеются остатки плодного яйца и отмечается лихорадочное состояние (*инфицированный аборт*), то оперативное вмешательство должно быть произведено в целях спасения больной от резкой анемии. При отсутствии кровотечения неполный инфицированный аборт лучше вести консервативно: холод на низ живота, внутрь сульфаниламидные препараты (4—6 раз в день по 1 г сульфодимезина или норсульфазола), под кожу — пенициллин и стрептомицин по 50 000—100 000 ЕД через 3 часа в течение нескольких суток (до падения температуры); для сокращения матки назначают хинин (3 раза в день по 0,25 г), стиптицин (3 раза в день по 0,05 г). Для усиления сокращений матки рекомендуется инъекция питуитрина (гормон задней доли гипофиза) или маммофизина (сочетание питуитрина и маммина) по 1 мл внутримышечно 1—2 раза в день. После установления нормальной температуры при наличии кровотечения производят выскабливание.

При неполном выкидыше, осложненном воспалением придатков матки или околоматочной клетчатки, выскабливание производят только по витальным показаниям (сильное маточное кровотечение).

Обязательна госпитализация.

Rp. Stypticini 0,05
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Mammophysini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл. внутримышечно

Rp. Pituitrini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Chinini hydrochlorici 0,25
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Progesteroni 0,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Progesteroni 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Papaverini 0,02
Antipyrini 0,3
Pyramidoni 0,2
But. cacao 1,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 10
DS. По 1 свече 2 раза в день

АКУШЕРСКАЯ СУМКА. Для оказания акушерской помощи на дому необходнмо нметь специальную акушерскую сумку. Сумка состоит из трех отделов: в один укладывается ннструментарнй, медикаменты и перевязочный материал, в другой — белье и в третий — подкладное судно. По мере расходования меднкаментов, перевязочного материала н другнх предметов акушерскую сумку необходимо тут же пополнять для того, чтобы оиа была всегда готова в случае экстренного вызова.

Список предметов, входящих в акушерскую сумку, для оказания родильной помощи на дому

№ п/п	Наименование предметов	Количество
1	Зажимы кровоостанавлнвающие зубчатые длиной 16 см	2
2	Иглы хирургические режущие	6
3	Иглодержатель с кольцевымн ручкамн и кремальерой длнной 20 см	1
4	Катетер уретральный металлнческий длнной 6 см	1
5	Кетгут	1 ампула
6	Ножницы хнрургнческне прямые 14 см	1
7	Ножннцы для пересечения пуповнны	1
8	Пинцеты анатомическне длнной 13 см	2
9	Стерилизатор с сеткой для инструментов	1
10	Стетоскоп акушерскнй	1
11	Тазомер	1
12	Шелк хирургическнй	1 ампула
13	Шприц «Рекорд» емкостью 2 мл с 4 иглами	1
14	Катетер резнновый	1
15	Кружка Эсмарха с прнбором	1
16	Лента сантнметровая	1
17	Наконечники клистирные	2
18	Наконечник маточный	1
19	Перчатки резиновые	1 пара
20	Пнпетки глазные	2
21	Спринцовка резиновая	1
22	Пузырь резиновый для льда	1
23	Стакан для приема лекарств (с внутренней градуировкой) емкостью 30 мл	1
24	Термометр в деревянной оправе для воды	1
25	Термометр максимальный	1
	Перевязочный материал	
1	Бинты стерильные марлевые	2
2	Вата гнгроскопическая	200 г
3	Лнгатура для перевязки пуповины (шелк)	1 моток
4	Марля	1,5 м
	Белье	
1	Клеенка подкладная	1 м
2	Пеленки-подстнлки	7
3	Полотенца	2
4	Простыня	1
5	Рубашка женская	1
6	Халат	1
7	Судно подкладное	1

№ п/п	Наименование предметов	Количество
8	Мыло	1 кусок
9	Щетка ручная	1
10	Мыльница	1
	Медикаменты	
1	Вазелиновое масло	25 г
2	Камфарное масло в ампулах	12 ампул
3	Марганцовокислый калий	5 г
4	Настойка йода	20 »
5	Настойка валерьяны	5 »
6	Поваренная соль по 0,5 в таблетках	10 таблеток
7	Раствор азотнокислого серебра 2%	10 г
8	Раствор кофеина в ампулах	10 ампул
9	Раствор морфина в ампулах	4 ампулы
10	Сернокислая магнезия	60 г
11	Спирт денатурированный	30 »
12	Сулема в таблетках	12 таблеток
13	Эрготин в ампулах	6 ампул

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ. Родовые пути как во время родового акта, так и в послеродовом периоде представляют обширную раневую поверхность, через которую может легко проникнуть инфекция, если не соблюдать самых строгих мер асептики и антисептики. Опасность в смысле инфицирования представляет не только раневая поверхность матки, но и мельчайшие надрывы в области шейки матки, трещины слизистой оболочки влагалища, разрывы промежности и т. п. Основная задача акушерской асептики заключается в том, чтобы все раневое поле, все мельчайшие трещины оградить от попадания возбудителей инфекции.

В целях профилактики септического заболевания как во время, так и после родов необходимо строго соблюдать целый ряд мер. В каждом родильном доме должно иметься специальное отделение для женщин с повышенной температурой. Поэтому прежде чем определить роженицу в то или иное отделение, необходимо заранее измерить у нее температуру. Необходимо также изолировать родильниц, поступающих в родовспомогательное учреждение после родов, происшедших в домашних и уличных условиях, а также женщин, страдающих гнойничковыми и другими кожными заболеваниями. В каждом родильном доме должен быть санитарный пропускник, откуда женщины после санитарной обработки направляются в соответствующее отделение. При выписке женщины выходят через отдельный ход.

При поступлении роженице ставят клизму, затем сбривают волосы с наружных половых органов; после этого ее направляют в душевую, где и обмывают. Обмывать роженицу в ванне не рекомендуется, так как загрязненная вода может попасть во внутренние половые органы. После санитарной обработки роженица надевает чистое свежевыглаженное белье.

Врачи и акушерки, принимающие роды, должны готовиться к родам, как к операции: моют руки по одному из способов, принятых в хирургии. Наружные половые органы роженицы тщательно дезинфицируют спиртом, йодом. С п р и н ц е в а н и е в л а г а л и щ а п е р е д р о д а м и п р о т и в о п о к а з а н о. Под таз роженицы подстилают стерильное белье; все материалы, употребляемые при приеме родов (вата, марля, инструменты), должны быть тщательно обеззаражены (стерилизация в автоклаве, кипячение и т. д.). Персонал, принимающий роды и находящийся в родильной комнате, должен носить марлевые маски. Желательно принимать роды

в резиновых перчатках и как можно чаще обмывать руки 1% раствором лизола. Нужно помнить, что введение во влагалище и особенно в матку руки, даже тщательно обработанной по всем правилам асептики и антисептики, может повлечь за собой внесение инфекции.

После родов в течение всего периода пребывания родильницы в родовспомогательном учреждении необходимо не менее двух раз в день производить так называемую уборку родильницы. Наружные половые органы обмывают струей теплой кипяченой воды (или раствором марганцовокислого калия 1 : 5000) из кувшина или кружки. Обмывание производят ватой на корнцанге или длинном пинцете; затем наружные половые органы высушивают сухой ватой или марлей, также захваченной корнцангом или длинным пинцетом. Для каждой родильницы берут отдельный стерильный инструмент. Все роженицы и родильницы должны быть обеспечены индивидуальными продезинфицированными суднами.

АСФИКСИЯ ПЛОДА (УДУШЬЕ, ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЫХАНИЯ). Различают асфиксию внутриутробную и асфиксию новорожденных.

Внутриутробная асфиксия плода. Нарушение газообмена утробного плода. Наиболее частыми причинами асфиксии является сдавление пуповины, выпадение ее и обвитие, внутричерепное кровоизлияние, нарушение кровообращения вследствие преждевременной отслойки нормально расположенного детского места, в некоторых случаях при отслойке предлежащего детского места, при частых интенсивных схватках и потугах, когда энергичные сокращения мышц матки нарушают плацентарное кровообращение. При этом в начальных стадиях сердцебиение плода урежается, но вскоре учащается, достигая 200 и более ударов в минуту; в дальнейшем сердечные тоны становятся глухими, наступает аритмия.

Частая проверка сердцебиения плода — один из обязательных моментов ведения родов: число ударов ниже 110 и выше 140 в минуту должно направить мысль врача или акушерки на асфиксию плода.

При первых признаках наступающей внутриутробной асфиксии необходимо принять срочные меры к быстрому родоразрешению: поворот на ножку и извлечение плода, наложение щипцов. В случае отсутствия условий для таких вмешательств хорошие результаты в борьбе с этой патологией дает метод А. П. Николаева и М. М. Тюриной, заключающийся в следующем. Роженице дают вдыхать кислород по 10 минут через каждые 5 минут до стойкого выравнивания сердцебиения плода; одновременно внутривенно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы, внутрь дают 0,3 аскорбиновой кислоты или предлагают выпить полстакана теплой воды, в которой растворено 5 кусков сахара и 0,3 аскорбиновой кислоты и внутривенно вводят 1 мл 10% раствора кардиазола (коразола). Если сердцебиение плода выравнивается, весь комплекс профилактически повторяют через час; если же выравнивания не наступает — через 10—15 минут.

Асфиксия новорожденных. Наиболее частые причины асфиксии новорожденных те же, что и асфиксия внутриутробного плода: выпадение, обвитие, прижатие пуповины, преждевременная отслойка детского места. Таким образом, причинная связь между асфиксией новорожденного и плода несомненна, тем более что в большинстве случаев асфиксия новорожденного является продолжением патологического состояния, начавшегося еще до рождения плода.

Асфиксия наблюдается также при длительных родах (слабая родовая деятельность, узкий таз) после акушерских операций (наложение щипцов, поворот на ножку с последующим извлечением плода за тазовый конец); которые часто приводят к внутричерепным кровоизлияниям. В зависимости от того, насколько асфиксия прогрессировала до рождения плода, и в зависимости от состояния новорожденного, различают две степени асфиксии: первая — более легкая, так называемая синяя асфиксия, и вторая — более тяжелая, бледная, или белая асфиксия,

В первом случае кожа новорожденного сине-красная, несколько отечная, сердцебиение замедленное, ощущается сильная пульсация артерий, сосуды пуповины туго наполнены кровью. Мышечный тонус сохранен. При белой асфиксии кожа резко бледна и холодна на ощупь, мышечный тонус отсутствует, конечности свисают, сосуды пуповины едва пульсируют, сердцебиение слабое, еле прослушивается.

Лечение. В первую очередь приступают к освобождению дыхательных путей новорожденного от слизи. Для этого неглубоко в рот новорожденного вводят наконечник стерильного сжатого резинового баллона и путем разжимания баллона отсасывают жидкость — освобождают дыхательные пути от закупоривающей их слизи. Одновременно роженице дают вдыхать кислород. Если этого оказывается недостаточно, приступают к следующему приему: оттянув кпереди язык новорожденного, в гортань вводят соединенный с резиновым баллоном стерильный мягкий катетер, через который бережно и постепенно отсасывают слизь, закупоривающую дыхательные пути.

Не перерезая пуповины, ребенка помещают в теплую ванночку, которую ставят между ногами матери. Все манипуляции (освобождение от слизи и др.) производят во время нахождения новорожденного в ванночке с водой температуры 37—38° (И. С. Легенченко). Если к этому прибавить обрызгивание плода холодной водой, то в легких случаях асфиксии этого достаточно для восстановления нормального дыхания. Однако при белой асфиксии этих мероприятий недостаточно; под кожу вводят 1 мл 10% камфарного масла, 0,2—0,3 мл 1% раствора лобелина, 0,5 мл 10% раствора кофеина.

Очень осторожно и бережно производят искусственное дыхание. Необходимо помнить, что асфиксия новорожденного нередко является следствием внутричерепного кровоизлияния. Наиболее щадящим способом искусственного дыхания для оживления новорожденных является метод Сильвестра, который заключается в следующем. Новорожденного укладывают на стол, покрытый теплой стерильной пеленкой; при этом ребенок должен лежать на спине с несколько опущенной головой. Помощник удерживает его за ноги. Вдох: обе руки поднимают за предплечья вверх вдоль (по обе стороны) головки и в таком положении удерживают в течение нескольких секунд. Выдох: руки опускают, сгибая в локтях, и прижимают к боковым стенкам грудной клетки. Такие движения нужно производить ритмично, последовательно, в среднем 20—30 в минуту (А. Ф. Тур).

После 2 минут искусственного дыхания ребенка бережно опускают в теплую ванну; если он не начал дышать, снова применяют искусственное дыхание и т. д.

Для раздражения дыхательного центра ребенка в ноздрю вводят катетер, конец которого надет на шланг подушки с углекислотой; одновременно дают вдыхать кислород. Мероприятия по оживлению новорожденного продолжаются до тех пор, пока прослушивается хотя бы слабое сердцебиение. Ни в коем случае нельзя прекращать попытку оживить новорожденного при наличии хотя бы слабого сердцебиения, так как известны случаи, когда путем длительного настойчивого (в течение 2 часов и более) применения указанных мероприятий удавалось вернуть ребенка к жизни.

После оживления необходимо установить тщательное наблюдение за ребенком, так как нередко у детей, родившихся в состоянии асфиксии, наблюдаются рецидивы, а в дальнейшем может развиться пневмония.

БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕМАТОЧНАЯ (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA). При внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка прививается не в матке, а в трубе, в яичнике, в брюшной полости. Соответственно этому различают трубную, яичниковую и брюшную беременность.

Яичниковая и брюшная беременность встречается чрезвычайно редко. Практически приходится большей частью встречаться с трубной беременностью. Причиной развития внематочной беременности в огромном большинстве случаев является воспалительное заболевание труб. При воспалительных заболеваниях труб нарушается функция мерцательного эпителия и понижается сократительная перистальтическая способность труб, вследствие чего оплодотворенное яйцо не достигает полости матки, а прививается в трубе.

Значительную роль в развитии воспалительных процессов труб играют аборты, гонорея. Другой причиной наступления трубной беременности является половой инфантилизм. При этом маточные трубы значительно удлинены, извилисты; мускулатура труб неполноценна. Вследствие этой неполноценности и слабости перистальтики труб оплодотворенное яйцо не достигает матки и прививается к стенке трубы. Помимо этого, в развитии внематочной беременности большую роль играют неправильности развития самого оплодотворенного яйца.

Внутриматочные впрыскивания настойки йода, применяемые некоторыми в качестве противозачаточного средства, приносят огромный вред, так как попадающий при этом в просвет трубы йод вызывает целый ряд изменений в слизистой оболочке трубы, что может повести к внематочной беременности. Обычно трубная беременность прерывается на 4—8-й неделе.

Различают два исхода трубной беременности: трубный аборт и разрыв трубы. В первом случае происходит отслойка плодного яйца, начинаются антиперистальтические сокращения мускулатуры трубы и отслоившееся плодное яйцо продвигается к ампулярному концу трубы. Этот исход менее опасен, чем разрыв трубы, при котором может наступить весьма сильное, угрожающее жизни больной внутреннее кровотечение.

Симптомы и течение. В первые недели беременности наблюдаются обычные симптомы, которые имеют место при нормальной маточной беременности, т. е. прекращаются менструации, наступает тошнота и рвота. В дальнейшем отмечаются резкие боли, нередко обмороки, беременная чрезвычайно бледна, живот несколько вздут, болезнен при пальпации; имеют место явления раздражения брюшины и внутреннего кровотечения.

В другом случае первыми признаками внематочной беременности являются кровянистые выделения после задержки менструации и схваткообразные, иногда очень интенсивные боли внизу живота. Выделения незначительны, кровянисты, темные, густые, дегтеобразные. При двуручном исследовании удается установить, что величина матки не соответствует сроку беременности: она несколько меньше. Рядом с маткой, справа или слева, иногда удается прощупать колбасовидную пульсирующую опухоль тестоватой консистенции. В случае, если произошел разрыв трубы и кровоизлияние в заднее дугласово пространство, ощущается легкая флюктуация или пастозность (наличие сгустков крови).

В установлении диагноза внематочной беременности огромную роль играет анамнез: инфантилизм, воспалительные заболевания половых органов, бесплодие или большой перерыв между настоящей и предыдущей беременностью (в случаях, когда не применялись противозачаточные средства). В сомнительных случаях для установления диагноза беременности ценную услугу может оказать реакция Ашгейм-Цондека. В случае подозрения на внутреннее кровотечение производят пункцию заднего свода влагалища (в стационаре). При подозрении на внематочную беременность, а тем более при установлении этого диагноза больную необходимо транспортировать в карете скорой помощи в больницу. При наличии схваткообразных болей под кожу вводят 1 мл 2% раствора пантопона.

Лечение. Немедленная операция. При сильной степени обескровливания — переливание крови; под кожу вводят физиологический раствор или 5% раствор глюкозы (1000—2000 мл), назначают сердечные средства (во время операции или после ее окончания).

БЛЕННОРЕЯ ГЛАЗ НОВОРОЖДЕННОГО. ПРОФИЛАКТИКА. Во избежание заболевания бленнореей всем без исключения новорожденным сразу после рождения вводят в глаза раствор азотнокислого серебра (ляписа). Для этого, несколько оттянув нижнее веко ребенка, с помощью глазной пипетки наносят на слизистую оболочку вывороченного века одну каплю 2% раствора азотнокислого серебра.

Раствор ляписа нужно хранить в темной склянке с притертой пробкой. На этикетке должна быть проставлена концентрация (процент) раствора (раствор азотнокислого серебра должен готовиться и меняться ежедневно).

ВОДЯНКА (ОТЕК) БЕРЕМЕННЫХ. Симптомы и течение. Беременные отмечают отек во второй половине дня и после длительного стояния (обувь становится «узкой»). Отекают чаще всего нижние конечности, лицо, брюшная стенка, наружные половые органы; белок в моче отсутствует, артериальное давление нормальное. Большую опасность представляют быстро нарастающие отеки, так как в дальнейшем может развиться эклампсия.

Лечение. Постельное содержание, ограничение введения жидкостей, бессолевая диета, сухоядение, исключение экстрактивных веществ. При значительных отеках — внутримышечное введение 20—30 мл 25% раствора сернокислой магнезии (повышает диурез), Sol. ammonii chlorati 10% по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Профилактика. Беременные должны посещать женскую консультацию не реже одного раза в месяц, а в последние три месяца беременности — не реже чем каждые две недели. В консультации измеряется вес, артериальное давление, а также исследуется моча на белок. При значительном и быстром нарастании веса (более 400 г в неделю) необходимо подумать о наличии «скрытых отеков». Такие беременные должны быть взяты на специальный учет, а при прогрессирующем нарастании веса — направлены в родовспомогательное учреждение для стационарного лечения.

ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА. Чаще всего встречается при узком тазе, при поперечном или косом положении плода, а также при ягодичном предлежании, так как после отхождения вод ягодицы полностью не закрывают просвета входа в таз.

Выпадение мелких частей плода при головном предлежании встречается реже и может произойти при маленькой головке плода или при неправильном ее вставлении, а также при многоводии, особенно у повторнородящих.

Практическое значение имеет выпадение ручки.

Ведение родов. Если воды отошли час или два назад и плод при наружном исследовании подвижен, то при наличии полного открытия зева и высоко расположенной предлежащей части можно попытаться осторожно сделать поворот плода на ножку с последующим его извлечением. Если поворот не удается, его ни в коей мере не следует форсировать, так как это может повлечь за собой разрыв матки. Выпавшую ручку при поперечном положении плода ни в коем случае не следует вправлять. Если воды отошли давно, никаких попыток к повороту делать не следует. В случае запущенного поперечного положения плода нужно немедленно вызвать врача (эмбриотомия!).

После операции поворота и извлечения назначают пенициллин через каждые 3 часа по 50 000—100 000 ЕД и сульфаниламидные препараты внутрь 4—5 раз в день по 1 г.

ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ. Встречается чаще при поперечном или косом положении плода, при узком тазе, при многоводии, при ягодичном предлежании плода.

Выпадение пуповины встречается чаще, чем выпадение других мелких частей плода. Часто выпадение является следствием предлежания пупо-

вины и происходит в момент разрыва плодного пузыря. Однако выпадение пуповины может произойти и без предварительного ее предлежания. Выпадение пуповины является серьезной угрозой для жизни плода, так как прижатие пуповины предлежащей частью плода к стенке таза влечет за собой нарушение кровообращения плода, его асфиксию и смерть.

Распознавание. Ухудшение сердцебиения плода после отхождения вод при высоко стоящей предлежащей части является показанием к влагалищному исследованию, так как в таком случае можно предполагать, что причиной ухудшения сердцебиения плода является выпадение пуповины.

При влагалищном исследовании прощупывается петля пуповины; пульсирующая пуповина свидетельствует о наличии живого плода. Однако если прощупывание петли пуповины происходит во время схватки, ощутить пульсацию сосудов не удается даже при живом плоде; поэтому необходимо подождать, пока прекратится схватка.

Если пуповина выпадает между передней стенкой таза и предлежащей частью плода, опасность прижатия ее значительно больше, чем тогда, когда она прощупывается в области крестцово-подвздошной впадины.

Ведение родов. Профилактика. Если ко времени отхождения вод головка плода еще остается подвижной, роженице запрещают ходить; чтобы определить возможность выпадения пуповины, производят влагалищное исследование. Если при влагалищном исследовании определяется предлежание пуповины и воды целы, все мероприятия направляются на предупреждение раннего разрыва плодного пузыря. Для этого роженицу укладывают на тот бок, где пуповины нет, и не разрешают ей тужиться. Предупреждение раннего разрыва плодного пузыря является крайне важным мероприятием, так как при целых водах прижатие предлежащей пуповины будет незначительным, раскрытие шейки будет происходить более физиологично и чем позже произойдет разрыв оболочек, тем больше будет открытие зева и шире возможность для быстрого родоразрешения, чем при недостаточном раскрытии шейки. При полном открытии производится разрыв плодного пузыря, поворот плода на ножку и его извлечение.

При выпадении пуповины в случае головных предлежаний при подвижной головке плода (если воды только что отошли) и достаточном открытии зева ($3^1/_2$—4 пальца) производят поворот плода на ножку и извлечение. Если головка находится в полости таза и открытие полное, прибегают к наложению щипцов. Если головка находится в выходе таза, применяют перинеотомию, бинт Вербова или выходные щипцы. При недостаточном открытии шейки матки и отошедших водах вводят метрейринтер, а в некоторых случаях делают кесарево сечение.

В случае тазовых предлежаний при наличии полного открытия производят извлечение плода, при неполном открытии — низведение ножки; извлечение производят только при полном открытии.

В случае поперечного положения при наличии необходимых условий производят поворот на ножку независимо от того, имеют ли дело с живым или мертвым плодом. При живом плоде в случае полного открытия наружного зева делают поворот с последующим извлечением плода.

При недостаточном открытии: а) при целых водах ждут полного открытия, а затем делают поворот и извлечение плода; б) при отошедших водах вводят метрейринтер.

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОСТИ. Беременность является физиологическим процессом, поэтому производить значительное изменение в привычном образе жизни беременных не следует. Однако, принимая во внимание повышенные требования к организму беременной, необходимо выполнение определенного режима. Целью такого режима является обеспечение нормального развития плода, течения беременности, родов и послеродового периода.

В основу режима беременной нужно положить определенный распорядок дня: в определенное время питаться, бывать на свежем воздухе и т. п. Беременная должна спать не менее 8 часов в сутки в хорошо проветренной комнате. Каждое утро рекомендуется обтирать тело водой комнатной температуры, а один раз в неделю мыть все тело теплой водой с мылом. Во второй половине беременности не следует принимать ванн, так как вода из ванны может проникнуть во внутренние половые органы. Рекомендуется мыться теплой водой под душем или обливаясь из кувшина. Беременная должна ежедневно один-два раза в день производить гигиенический туалет половых органов. Наружные половые органы обмывают теплой кипяченой водой; всякие спринцевания во время беременности категорически запрещаются.

Необходимо ежедневно обмывать кипяченой водой комнатной температуры молочные железы. После обмывания соски растирают мохнатым полотенцем, после чего смазывают стерильным вазелиновым маслом. Беременная должна носить бюстгальтер соответственно размерам и форме молочных желез; нужно помнить, что во время беременности молочные железы увеличиваются, поэтому бюстгальтер, который носила женщина до беременности, мало пригоден. На внутренней стороне бюстгальтера следует нашить, соответственно расположению сосков, три-четыре слоя кружков из грубой холщевой материи; трение об эти холщевые кружки делает кожу сосков грубой, что предохраняет ее от трещин, которые являются входными воротами для инфекции, проникновение которой может вызвать мастит.

Одежда беременной должна быть легкой, часто стираться и не мешать правильному кровообращению. Платья должны быть сшиты из легкой материи, достаточно свободными, не стягивающими тело беременной. Поэтому она должна носить юбку не на корсаже, а на бретельках. Со второй половины беременности женщина носит сшитый по мерке бандаж, который предупреждает возможность растяжения брюшных стенок и способствует сохранению упругости и хорошей сократительной способности брюшного пресса, играющего большую роль в нормальном течении главным образом второго периода родов. Ношение бандажа в известной мере обеспечивает и правильное положение плода. Основное назначение бандажа — поддерживать мышцы брюшных стенок, предохраняя их от перерастяжения, а живот — от отвислости.

Обувь должна быть просторной, на низком каблуке (узкая обувь и к тому же на высоких каблуках затрудняет кровообращение и в известной мере может нарушить равновесие тела беременной).

Беременная должна ежедневно совершать прогулки не менее двух раз в день по $1^1/_2$—2 часа. Желательно совершать эти прогулки днем и перед сном. Ни в коем случае нельзя гулять до усталости. Во избежание этого в конце беременности во время прогулок нужно отдыхать 2—3 раза по нескольку минут, сидя на скамейке (в саду, на бульваре и т. п.).

Питание во время беременности см. *Питание беременной и кормящей матери.*

Половая жизнь во время беременности должна быть резко ограничена, особенно в первые два-три месяца беременности, а в последние два месяца беременности прекращена во избежание внесения инфекции в половые пути беременной женщины. В первые два-три месяца беременности частые и невоздержанные половые сношения могут в некоторых случаях (в особенности при инфантилизме, при привычных выкидышах) вызвать прерывание беременности.

ДВОЙНЯ (GEMELLI). Многоплодная беременность является следствием оплодотворения одновременно двух яйцеклеток или же развития двух плодов из одной оплодотворенной яйцеклетки.

Различают однояйцевую и двуяйцевую двойню. В том случае, когда оплодотворена одна яйцеклетка, но вследствие деления оплодотворенного яйца на две самостоятельно растущие части развиваются

два плода, говорят об однояйцевой двойне. Однояйцевые близнецы имеют самостоятельные водные оболочки, но плацента и хорион у них общие. Однояйцевые близнецы всегда однополые и встречаются очень редко (в 15% случаев). Двуяйцевые близнецы встречаются чаще — в 85% случаев.

Двуяйцевая двойня развивается в результате оплодотворения двух яйцеклеток. В этом случае оба близнеца имеют отдельные самостоятельные плаценты, водные и ворсинчатые оболочки. В отличие от однояйцевой двойни двуяйцевая двойня может быть разнополой.

Беременность при двойне протекает тяжелее, чем обычно. При двойне чаще наблюдаются токсикозы беременности, чаще встречается отек беременных, а также эклампсия. Вследствие чрезмерного увеличения матки диафрагма поднимается выше, наблюдается затруднение дыхания и нарушение функции сердечно-сосудистой системы.

В 25% случаев беременность двойней прерывается раньше срока. Показана ранняя госпитализация беременных двойней (за 2 недели до предполагаемого срока родов).

Распознавание. Несоответствие между сроком беременности и величиной матки, т. е. дно матки прощупывается несколько выше, чем это соответствует сроку обычной беременности. Окружность живота больше, чем при обычной беременности тех же сроков, на 10 см и более. При пальпации прощупывается не менее трех крупных частей плода и большое количество мелких частей. Сердцебиение плода прослушивается четко в двух местах. Считать сердцебиение желательно в разных местах одновременно двум лицам. При этом можно отметить разницу в частоте сердцебиения приблизительно в пределах 15 ударов в минуту. Точный диагноз двойни во время беременности устанавливается путем рентгенологического исследования.

Ведение родов. При двойне часто наблюдается слабость родовой деятельности. Роды предоставляют их естественному течению; однако при длительной первичной родовой слабости в некоторых случаях рекомендуется вскрыть плодный пузырь, что допустимо при сглаженной шейке и открытии зева не менее чем на 2 пальца при продольном положении плодов. После отхождения некоторого количества вод уменьшается напряжение маточных стенок, они становятся толще и улучшается сократительная способность матки. При разрыве плодного пузыря имеется опасность быстрого излития большого количества вод и выпадения мелких частей; поэтому плодный пузырь следует разрывать не в центре, а сбоку. После разрыва плодного пузыря проверяют, нет ли выпадения мелких частей.

Во втором периоде родов при недостаточности потуг можно применить бинт Вербова.

Необходимо помнить, что после рождения первого плода следует перевязать плацентарный конец пуповины во избежание кровотечения при однояйцевой двойне (угроза гибели второго плода, находящегося еще в полости матки).

После перевязки пуповины при продольном положении второго плода торопиться с его извлечением без показаний не следует. Необходимо следить за сердцебиением второго плода, предоставив роженице полный покой. Если второй плод находится в поперечном или косом положении, то через 20—30 минут после рождения первого плода нужно разорвать плодный пузырь и произвести поворот на ножку второго плода с последующим его извлечением.

Ввиду того что при двойне матка подвергается значительному растяжению, могут иметь место осложнения в последовом периоде (задержка плаценты или части ее, атонические и гипотонические кровотечения — *см.*).

При недостаточном сокращении матки, наличии кровотечения необходимо применить сокращающие матку средства: питуитрин, маммофизин по 1 мл внутримышечно, лед на низ живота.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. Различают вероятные и достоверные признаки беременности.

К вероятным признакам относятся: 1) прекращение менструаций; 2) набухание молочных желез; 3) выделение молозива из сосков при надавливании на молочную железу; 4) появление тошноты и рвоты; 5) синюшность слизистой оболочки влагалища; 6) увеличение размеров матки. Вероятные признаки являются только вспомогательными при диагностике беременности.

Так, прекращение менструации может иметь место при различных патологических процессах, протекающих в организме вне беременности. То же самое относится к появлению тошноты, рвоты, которые могут являться следствием нарушения функции желудочно-кишечного тракта при пищевых интоксикациях, при нервных заболеваниях.

Увеличение матки может зависеть иногда от наличия опухоли (фибромиома и др.).

К достоверным признакам относятся: 1) прощупывание мелких частей плода (ручек, ножек); 2) прослушивание сердцебиения плода; 3) ощущение движения плода при пальпации живота; 4) определение скелета плода методом рентгенологического исследования.

Влагалищное исследование. Прежде чем приступить к влагалищному исследованию, необходимо во избежание занесения инфекции очень тщательно вымыть руки щеткой с мылом и продезинфицировать их 1% раствором лизола.

Беременную укладывают на гинекологическое кресло или кушетку. Вначале осматривают наружные половые органы и слизистую оболочку входа во влагалище (синюшный цвет слизистой). Большие и малые половые губы раздвигают указательным и большим пальцами левой руки, а указательный и средний пальцы правой руки осторожно вводят во влагалище. При этом средний палец надавливает на заднюю спайку с тем, чтобы указательный палец легче и безболезненнее ввести во влагалище. Когда оба пальца правой руки введены во влагалище, левая рука располагается на нижней части живота, и таким образом обе руки производят так называемое комбинированное (двуручное) обследование внутренних половых органов женщины. Исследование должно производиться бережно и безболезненно. Если исследование причиняет женщине боль, она начинает напрягать мышцы живота, вследствие чего исследование становится трудным, а иногда невозможным и, следовательно, безрезультатным.

Пальцами правой руки, введенными во влагалище, определяют состояние стенок влагалища и шейки матки. При беременности стенки влагалища набухают, слизистая влагалища представляется разрыхленной, шейка матки также разрыхлена и размягчена. Определяют состояние наружного зева шейки (закрыт, открыт, пропускает палец); определяют состояние влагалищных сводов, хорошо ли они выражены, уплощены или выбухают; затем двумя руками — наружной и внутренней — стараются отыскать тело матки. При ранних сроках беременности наружную руку располагают над лонным сочленением, пальцы правой руки вводят в передний свод влагалища, а пальцами левой (наружной) стараются обхватить тело матки. Когда тело матки захвачено между обеими руками и хорошо ощупывается между ними, определяют величину матки, ее форму, консистенцию и подвижность.

Матка не только увеличивается — она меняет свою форму, становится как бы шарообразной. Небеременная матка имеет форму груши, приплюснутой спереди назад. Во время беременности увеличивается передне-задний размер матки. Консистенция матки становится мягкой, матка размягчена неравномерно, неодинаково во всех ее местах. Во время двуручного исследования вследствие механического ее раздражения матка иногда под рукой сокращается (признак Снегирева).

Размягчение особенно выражено в той части матки, где тело ее переходит в шейку. Это настолько резко выражено, что если соответственно области перешейка матки свести пальцы, находящиеся во влагалище, с пальцами наружной руки, то последние явно ощущают пальцы, введенные во влагалище (*признак Горвиц-Гегара*).

Несмотря на то, что матка принимает округлую шаровидную форму, все же во время беременности можно определить некоторое выбухание одной из стенок матки в области главным образом правого или левого трубного угла. Это выбухание соответствует месту привития оплодотворенного яйца (*признак Пискачека*).

Ни в коем случае нельзя на основании только одного признака поставить диагноз беременности в *ранние сроки*. Диагноз ставится на основании так называемого симптомокомплекса, т. е. совокупности нескольких признаков, подтверждающих наличие беременности. В случае сомнения не надо торопиться с постановкой диагноза. Лучше предложить женщине прийти на повторный осмотр, но не ранее чем через 10—14 дней, так как более ранний осмотр не даст оснований для суждения о росте матки. Однако бывают случаи, когда необходимо быстро поставить диагноз. Это относится к случаям, когда имеется подозрение на внематочную беременность или на другую патологию, при которой требуется срочно установить или отвергнуть беременность. В таких случаях прибегают к помощи биологических методов определения беременности.

Биологические методы определения беременности. Наиболее достоверной биологической реакцией на беременность является реакция Ашгейм-Цондека. Эта реакция основана на том, что в моче беременной женщины содержится большое количество хорионального гонадотропного гормона, который резко стимулирует развитие фолликула и ускоряет наступление овуляции. Если впрыснуть неполовозрелой белой мыши мочу беременной, то через 100 часов в яичниках такой мыши можно обнаружить созревание и разрывы фолликулов, кровоизлияния в них (так называемые кровяные точки) и лютеинизацию (окрашивание желтым пигментом, образование желтого тела).

Для проведения этой реакции требуется около 4—5 суток, что является весьма значительным сроком в случае необходимости срочной диагностики.

В последнее время применяют следующий биологический метод определения беременности, результат которого выявляется через 2—3 часа. Ввиду того что хориальный гонадотропный гормон является неспецифическим в отношении пола, т. е. вызывает соответствующие изменения как в женских половых органах, так и в мужских, явилась мысль о возможности использовать его наличие для реакции на беременность. Реакция производится *на лягушках самцах*, лучше всего озерных: 2—3 мл свежей нефильтрованной мочи впрыскивают в лимфатический мешок, находящийся на спинке самца лягушки. Через 2 часа глазной пипеткой набирают содержимое из клоаки лягушки и рассматривают под микроскопом. Если моча принадлежит беременной женщине, т. е. в ней имеется большое количество гонадотропного гормона, то в капле, взятой из клоаки лягушки, обнаруживается значительное количество сперматозоидов. Эта реакция дает около 94% правильных результатов.

При постановке реакции с сывороткой крови (вместо мочи) процент правильных результатов достигает 98.

Простота реакции позволяет использовать ее в любой обстановке (стационар и даже амбулатория), где только имеется микроскоп.

Диагноз беременности *поздних сроков* ставят на основании одного или нескольких достоверных признаков, перечисленных выше. Обычно пользуются методом *пальпации* (через брюшную стенку прощупывают части плода, его расположение и предлежание) и методом *аускультации* (прослушивают сердцебиение плода).

Методы наружного исследования. При пальпации плода в матке пользуются следующими четырьмя приемами наружного исследования. Беременная лежит на кровати или на кушетке. Ей предлагают дышать ровно и глубоко, стараясь по возможности расслабить мышцы брюшной стенки.

Первый прием наружного исследования. Исследующий (врач, акушерка, медицинская сестра) становится сбоку, справа от беременной, лицом, обращенным к лицу женщины; ребром одной руки, а еще лучше обеих рук, определяют высоту стояния дна матки. Этим приемом можно определить приблизительно срок беременности только начиная с IV месяца; в это время дно матки выходит из малого таза и прощупывается над лонным сочленением.

Второй прием наружного исследования. Исследующий находится в вышеописанном положении по отношению к беременной. Двумя руками, расположенными на боковых стенках живота, очень бережно, не спеша стараются определить расположение спинки и мелких частей плода. Этим приемом определяется позиция и отчасти вид позиции плода.

Третий прием наружного исследования. Исследующий находится в вышеописанном положении по отношению к беременной. Одну руку, правую или левую, располагают над симфизом, ладонь расправляют, при этом стараются захватить предлежащую часть между большим и средним пальцем. Если предлежащей частью является головка, то она определяется как плотное шаровидное тело. В случае, когда головка еще не установилась во входе в таз, она легко передвигается справа налево и обратно и при быстром перемещении ее исследующий получает ощущение ударяющегося о пальцы плотного шаровидного тела (головка баллотирует). Если предлежащая часть имеет расплывчатые контуры и не обладает такой плотной консистенцией, то, по-видимому, в таких случаях имеется предлежание ягодиц. Если же предлежащая часть не определяется, необходимо подумать о поперечном или косом положении плода.

Четвертый прием наружного исследования. Четвертым приемом проверяют и уточняют данные, полученные при применении третьего приема. Четвертый прием применяют также в тех случаях, когда предлежащая часть опустилась во вход и в полость таза. Исследующий становится сбоку от женщины, но уже не лицом, а спиной к лицу лежащей. В отличие от третьего приема исследование производится не одной рукой, а двумя. При этом концы пальцев обеих рук располагают внизу живота с обеих сторон лонного сочленения и осторожными движениями, постепенно углубляя концы пальцев, прощупывают предлежащую часть.

Третьим и четвертым приемом наружного исследования определяют не только предлежащую часть, но и ее отношение к тазу матери: насколько предлежащая часть подвижна, насколько она опустилась во вход или в полость таза.

Третий и четвертый прием наружного исследования применяют не только во время беременности, но и во время родов для определения динамики поступательных движений предлежащей части плода.

Аускультация. Сердцебиения плода прослушивают обычно с середины или с конца V акушерского месяца беременности. Яснее всего оно прослушивается со стороны спинки, ближе к головке плода. Число ударов приблизительно равняется 120—130 в минуту. Таким образом, если плод находится в первой позиции головного предлежания, сердцебиения плода наиболее отчетливо прослушиваются слева ниже пупка. Если же предлежат ягодицы (при первой позиции), сердцебиения плода отчетливее прослушиваются слева на уровне или несколько выше пупка. Если спинка плода расположена больше кпереди (передний вид), сердцебиения плода прослушиваются яснее ближе к белой линии живота. Если же плод расположен в заднем виде, сердцебиения плода яснее прослушиваются ближе к боковой части живота.

Прн лицевых предлежаниях плода сердцебиение его яснее прослушивается со стороны грудки, а не спинки.

Таким образом, прослушивание сердцебиений плода является добавочным методом к описанным выше четырем приемам наружного исследования и уточняет их данные.

Сердечные тоны плода не совпадают с сердцебиением матери. Для того чтобы не спутать (не смешать) сердцебиения плода с биением брюшной аорты матери, лучше всего, выслушивая сердцебиение плода, одновременно определять пульсацию радиальной артерии матери.

Помимо сердцебиения плода, можно прослушать слабый, совпадающий с сердцебиением плода шум, так называемый шум пуповины, а также так называемый маточный шум, который становится слышен с III—IV месяца беременности; маточный шум имеет характер дующего или свистящего шума и совпадает с пульсом на лучевой артерии беременной.

При аускультации различных участков живота сердцебиения плода прослушиваются не одинаково отчетливо. Если же сердцебиение плода прослушивается ясно в двух различных отделах живота, можно предположить наличие в матке двух плодов. На этом основано ориентировочное определение возможной многоплодной беременности (двойни).

ДОНОШЕННОСТЬ (ЗРЕЛОСТЬ) ПЛОДА. При определении зрелости новорожденного следует во всех случаях учитывать не только его длину (рост) и вес, но и ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, а также продолжительность беременности.

Признаки зрелости плода следующие: подкожный жир достаточно развит, кожа розовая; пушок сохранен только на плечевом поясе, на верхних отделах спины и плечах; волосы на голове имеют длину не меньше 2—3 см; хрящи ушных раковин и носа плотные; ногти твердые, на пальцах рук выходят за их кончики; место отхождения пуповины расположено посередине между лоном и мечевидным отростком или лишь несколько ниже; у мальчиков яички (за немногими патологическими случаями) опущены в мошонку; у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами.

Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, издает ясный крик и т. д.

Рост (длина) новорожденного является более постоянным признаком, чем вес, и поэтому служит более верным критерием для определения зрелости плода. Измерение длины производится на горизонтальном ростомере при вытянутом положении новорожденного. Новорожденные при росте (длине) меньше 45 см считаются незрелыми, больше 47 см — зрелыми.

Определение зрелости (или незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), производится в каждом отдельном случае на основании тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода. Заключение о зрелости (или незрелости) плода дается совместно педиатром и акушером родильного дома и фиксируется в истории развития новорожденного и в истории родов. Таким же образом следует поступать во всех спорных и сомнительных случаях независимо от размеров новорожденного. При отсутствии данных о росте новорожденного для заключения о его зрелости (или незрелости) учитывается его вес: новорожденный весом менее 2500 г считается незрелым.

Указанные выше размеры относятся только к одноплодной беременности. Вес и рост новорожденных от многоплодной беременности при наличии несомненных признаков зрелости могут быть меньше этих размеров. Поэтому при определении зрелости двойни, тройни и т. д. нельзя исходить из указанных выше размеров, а следует руководствоваться признаками зрелости у более развитого из плодов и определять зрелость на основании совокупности признаков.

Роды зрелым плодом следует считать родами в срок, а самый плод — доношенным. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными, а самый плод — недоношенным.

Роды нежизнеспособным плодом в пределах 28 недель (7 акушерских месяцев) беременности рассматриваются как аборт. Длина плода этого возраста 35 см и ниже, вес 1000 г и меньше.

Рождение плода в пределах 28 недель беременности, оказавшегося живым в день выписки матери из родильного дома, следует учитывать как преждевременные роды, независимо от роста и веса новорожденного. В таких случаях для представления в загс выдается справка о рождении ребенка.

Выдача справок о доношенности или недоношенности новорожденного производится только по затребованию официальных органов. При выдаче подобных справок нужно указывать на отсутствие или наличие признаков зрелости и на предполагаемую продолжительность (срок) беременности.

ЖЕЛТАЯ ОСТРАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ (DYSTROPHIA HEPATIS ACUTA). Желтуха во время беременности наблюдается при острых интоксикациях, которые нередко осложняют течение инфекционного процесса. Она наблюдается также при заболевании печени, печеночных камнях, холецистите, но иногда встречается и как самостоятельное заболевание (токсикоз беременности).

Желтуха при острой дистрофии печени является результатом тяжелой интоксикации продуктами неправильного обмена веществ во время беременности, одним из самых тяжелых токсикозов беременности. Болезнь начинается с желтухи, которой иногда предшествует длительная тяжелая рвота; в дальнейшем болезненные явления нарастают: отмечается интенсивное окрашивание склер и кожи, ухудшается общее состояние, затемняется сознание, появляются бред, возбужденное состояние, множественные кровоизлияния под кожу; в моче определяется лецитин, цирозин; количество мочи уменьшается, уменьшается и печеночная тупость (явления острой желтой атрофии печени). Ухудшение общего состояния больной быстро прогрессирует.

Лечение. При первых признаках желтухи беременную необходимо направить в стационар. В этих случаях показано вливание 5% раствора глюкозы под кожу 2 раза в день по 1 л, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы по 150 мл 2—3 раза в день, введение инсулина по 10—15 единиц 2—3 раза в день, бессолевая диета, растительный стол. При установлении диагноза желтой острой дистрофии печени показано прерывание беременности.

ЗАДЕРЖКА ЛОХИЙ (RETENTIO LOCHIORUM). Задержка выделений в послеродовом периоде может быть обусловлена различными причинами, среди которых важнейшими являются механические затруднения оттока выделений (перегиб матки) и воспаление матки; недостаточные сокращения мускулатуры матки и тем самым плохое опорожнение ее содержимого.

Симптомы. Полное отсутствие или очень незначительное количество выделений, повышение температуры, иногда озноб, высокая температура в течение 2—3 дней подряд заставляют предположить послеродовое септическое заболевание.

Лечение. Назначение сокращающих матку средств: питуитрин, маммофизин внутримышечно по 1 мл в день. Лед на низ живота. Положение родильницы на животе (2—3 раза в сутки по 1—2 часа), сульфодимезин, норсульфазол по 1 г четыре раза в день, пенициллин по 200 000 ЕД в 0,5% растворе новокаина 3 раза в день. При продолжающейся высокой температуре лечение, как при эндометрите *(см.)*.

ЗАДЕРЖКА ПЛАЦЕНТЫ (RETENTIO PLACENTAE) ИЛИ ЧАСТИ ЕЕ. После рождения ребенка начинается последовый период, который продолжается до рождения (выделения) последа. Если нет кровотечения и

нет признаков отделения плаценты, то спешить с выделением последа не следует и можно ждать $1^1/_2$—2 часа. Незначительные кровянистые выделения в последовом периоде также не являются показанием к вмешательству. Однако если кровотечение усиливается и создается угроза значительной кровопотери, необходимо приступить к выделению последа (физиологическая потеря крови в последовом периоде не должна превышать 200—300 мл).

Лечение. При наличии признаков, указывающих на то, что плацента уже отделилась (но не выделилась), производят выжимание последа при помощи приема Абуладзе. Для этого становятся сбоку от роженицы и двумя руками захватывают в продольную складку кожу и подкожную клетчатку брюшной стенки, образуя при этом как бы продольный валик, после чего просят роженицу энергично потужиться. Прием Абуладзе рассчитан на повышение внутрибрюшного давления и тем самым на усиление изгоняющих сил.

Если этим приемом выдавить послед не удается, прибегают к выделению его по методу Лазаревича-Креде, соблюдая следующие правила: 1) мочевой пузырь опорожняют при помощи катетера; 2) матку выводят на среднюю линию; 3) производят массаж матки через брюшные стенки до тех пор, пока она равномерно хорошо сократится. Только после этого начинают выжимание последа. Для этого большой палец правой руки кладут на переднюю стенку матки, а четыре остальных пальца заводят через брюшные покровы за заднюю стенку матки; затем плавно, равномерно производят выжимание последа. Если роженица беспокойна — очень болезненно реагирует на выжимание последа, напрягает брюшные стенки и манипуляция остается неэффективной, — производят выжимание последа под наркозом, соблюдая указанные выше правила.

Если плацента не отделилась и наступило интенсивное кровотечение, производят ручное отделение и выделение плаценты.

Руки моют, как перед хирургической операцией. Роженицу после опорожнения мочевого пузыря укладывают на поперечную кровать или гинекологическое кресло, производят дезинфекцию наружных половых органов роженицы (спиртом и йодом). Все это должно быть проделано быстро во избежание значительной кровопотери. Ручное отделение плаценты обычно производят под эфирным наркозом.

Правую руку с конусовидно сложенными пальцами вводят в матку и там руку расправляют. Левой рукой натягивают пуповину, а правой, находящейся внутри матки, скользят вверх вдоль по пуповине, пока пальцы не достигнут места ее прикрепления к плаценте. Найдя край детского места и минуя оболочки, пальцами руки проникают между плацентой и стенкой матки и начинают осторожно отделять детское место. В это время левая рука фиксирует дно матки. Отделение производится «пилящими» движениями, постепенно, без рывков. После того как вся плацента отделена, ее выделяют наружу. Отделение и выделение плаценты следует производить не вводя вторично руку в полость матки. После выделения последа оставшейся в матке рукой производят контрольное обследование полости матки. Внутримышечно (в ягодицу) вводят 1 мл питуитрина или маммофизина и 1 мл эрготина; на низ живота кладут лед. Родильница остается в родильной комнате не менее 3—4 часов под строгим наблюдением (возможность атонического кровотечения после отхождения последа!), см. *Кровотечения атонические и гипотонические.*

ЗАНОС КРОВЯНОЙ см. *Аборт.*

ЗАНОС МЯСИСТЫЙ см. *Аборт.*

ЗАНОС ПУЗЫРНЫЙ (MOLA HYDATIDOSA). Заболевание ворсинчатой оболочки плодного яйца с образованием пузырькообразных расширений, наполненных светлой жидкостью. Перерождение ворсинок может быть полным или частичным и возникает в самой ранней стадии беременности. Иногда перерождение наступает, когда уже образовалась плацента,

причем изменению подвергается вся плацента или же часть ее (полный или частичный пузырный занос). Плод обычно быстро погибает. При частичном пузырном заносе возможно наличие живого плода.

Распознавание. Беременность в первые месяцы может протекать нормально. В дальнейшем появляются кровянистые выделения. Вследствие значительного разрастания пузырного заноса величина матки значительно превышает размер, соответствующий сроку беременности. Консистенция матки дряблая, пастозная. Появляется тошнота, рвота, иногда отек; в моче определяется белок.

С развитием беременности сердцебиение плода не прослушивается, беременная не ощущает его шевеления, не прощупываются отдельные части плода. Кровотечение сопровождается выделением характерных пузырьков. Реакция Ашгейм-Цондека резко положительная. Появление пузырьков с выделениями служит достоверным признаком пузырного заноса.

Опасность пузырного заноса. Длительные кровотечения, прорастание стенок матки и возможность их прободения при удалении заноса, возможность присоединения инфекции. Основной опасностью является возможность образования после пузырного заноса злокачественной опухоли — хорионэпителиомы.

Лечение. При подозрении на пузырный занос требуется госпитализация. Если угрожающих кровотечений нет, проводят наблюдение за больной и способствуют самостоятельному опорожнению матки. При значительных кровотечениях и достаточном открытии шейки прибегают к осторожному пальцевому удалению пузырного заноса. При угрожающем жизни кровотечении в исключительных случаях прибегают к бережному и чрезвычайно осторожному выскабливанию стенок матки (опасность прободения!).

В случае самостоятельного выхождения пузырного заноса необходимо назначить сокращающие средства (питуитрин, маммофизин), произвести проверочное выскабливание для того, чтобы удалить самые незначительные остатки пузырного заноса, так как оставление их угрожает в дальнейшем возможностью образования хорионэпителиомы.

После удаления пузырного заноса больная находится под наблюдением консультации в течение 2 лет.

Больная должна вести точные записи менструальных циклов и каждые 3 месяца делать анализ мочи на реакцию Ашгейм-Цондека. В случае положительной реакции производят эту же реакцию, но с разведением, так как при хорионэпителиоме выделяется огромное количество хориального гонадотропного гормона, который обнаруживается даже в разведении 1 : 10, 1 : 50, 1 : 100 и больше.

ИШУРИЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ (ISCHURIA PUERPERALIS). Нередко после родов наблюдаются случаи задержки мочи. В одних случаях родильница чувствует позывы, но не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, в других она даже не чувствует позыва на мочеиспускание.

Послеродовая ишурия может наступить вследствие различных причин. В одних случаях имеет место травма мочевого пузыря, главным образом нижнего его отдела, головкой плода во время прохождения ее через полость малого таза; в других случаях причиной ишурии является гипотоническое состояние органов малого таза (кишечника, мочевого пузыря); при атонии детрузора мочевой пузырь значительно растягивается, емкость его увеличивается до 1 л и даже больше. В таких случаях внутрипузырное давление увеличивается незначительно и родильница не чувствует даже позыва на мочеиспускание. Причиной послеродовой ишурии является также сдавление и раздражение гипогастральных нервов, вследствие чего наступает длительный спазм сфинктера мочевого пузыря. При наличии резких позывов на мочеиспускание и невозможности самостоятельно опорожнить мочевой пузырь родильница испытывает значительные боли внизу живота,

Кроме того, нужно иметь в виду, что каждые 100 мл мочи в мочевом пузыре поднимают послеродовую матку вверх на 1 см и тем самым затрудняют сокращение послеродовой матки.

Лечение. Ввиду того что некоторые женщины не могут мочиться лежа, им можно разрешить даже в первый день после родов присесть на подкладное судно с целью опорожнения мочевого пузыря. В некоторых случаях такое простое мероприятие может оказаться эффективным. Для расслабления сфинктера, находящегося в спастическом состоянии, хорошие результаты получают от следующего приема. Под родильницу ставят подкладное судно, ноги в коленях она сгибает, бедра раздвигает. Акушерка (медицинская сестра) левой рукой раздвигает большие половые губы, а правой из кувшина поливает область мочеиспускательного канала (его наружного отверстия) небольшой струей теплой воды. В случае отсутствия эффекта назначают внутримышечные инъекции 3 раза в день по 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии; это мероприятие рассчитано на расслабление ионами магния спастически замкнутого сфинктера мочевого пузыря. Если и это мероприятие не помогает, приходится прибегнуть к катетеризации мочевого пузыря, которую производят два раза в день (утром и вечером) с последующим промыванием мочевого пузыря раствором марганцовокислого калия (1 : 10 000).

КРОВОТЕЧЕНИЯ АТОНИЧЕСКИЕ И ГИПОТОНИЧЕСКИЕ. Такие кровотечения бывают главным образом после рождения последа, когда тонус мышечной и сосудистой системы матки резко снижен (гипотония), а в некоторых, более редких случаях совершенно отсутствует.

Причины. Перерастяжение стенок матки во время беременности (многоводие, двойня, крупный плод), в результате которого развивается слабая родовая деятельность и отмечается недостаточная сократительная способность матки после родов. Слабая родовая деятельность, обусловленная другими причинами (нарушение функции эндокринной, вегетативно-нервной системы, наличие фибромиом матки и др.), в дальнейшем, после родов, сказывается в плохом сокращении послеродовой матки; недостаточное сокращение матки в последовом периоде наблюдается иногда в тех случаях, когда во время беременности и родов имели место токсикозы беременности. Таким образом, перечисленные моменты должны заставить врача и акушерку быть настороже, так как в таких случаях можно ожидать гипотонического кровотечения после рождения последа.

Лечение. При обнаружении дефекта детского места необходимо сразу произвести ручное отделение долек плацентарной ткани. Для борьбы с гипотоническим кровотечением применяют массаж матки через наружные брюшные покровы, внутримышечное введение 1 мл питуитрина или маммофизина. При сильном кровотечении вводят 1 мл питуитрина внутривенно. Хороший эффект иногда дает прижатие аорты через брюшные покровы кулаком или тугим валиком. В случае отсутствия эффекта производят ручное обследование полости матки (строгая асептика!) с последующим массажем через брюшные покровы, причем вторая рука, сжатая в кулак, должна находиться в матке («массаж на кулаке»). Обычно эта манипуляция дает хорошие результаты, однако через некоторое время кровотечение может повториться; матка опять расслабляется («распускается»). В таких случаях необходимо приступить к тампонаде полости матки.

Техника тампонады матки. Шейку матки обнажают влагалищными зеркалами и захватывают пулевыми щипцами, желательно двузубцами, так как она очень истончена и при наложении пулевых щипцов легко рвется. Затем корнцангом захватывают конец широкого бинта, доводят его до дна матки и постепенно туго заполняют всю полость матки. Тампон удаляют через 18—24 часа. При кровопотере, превышающей 500—600 мл, производят переливание крови, вводят под кожу физиологический раствор, 5% раствор глюкозы; назначают сердечные средства. В случае отсутствия эффекта производят чревосечение и ампутируют матку.

Для профилактики септических заболеваний в послеродовом периоде в течение 3—4 дней назначают пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через каждые 3 часа и сульфаниламиды по 1 г четыре-пять раз в день.

МАЛОВОДИЕ. Малое количество околоплодных вод объясняется недостаточной функцией эпителия водной оболочки. При маловодии создаются механические препятствия для роста плода. Водная оболочка вследствие малого количества вод тесно соприкасается с некоторыми частями тела плода. При этом могут произойти сращения водной оболочки с кожей плода. Эти сращения вытягиваются в нити и тяжи, которые могут обвить и стянуть части плода, вследствие чего в некоторых случаях наступает ампутация стянутых частей плода (самопроизвольная внутриутробная ампутация ручек, ножек и пальцев плода). Если не произошла полная ампутация конечности, то последняя вытягивается и держится только на коже.

Беременная с маловодием должна быть стационирована за 2 недели до предполагаемых родов.

МНОГОВОДИЕ. При нормальной беременности к концу ее количество околоплодных вод достигает 1—1,5 л. Если количество околоплодных вод превышает это количество, такое состояние называется многоводием.

Этиология. Этиология неизвестна. Возможно, что повышенная функция эпителия водной оболочки играет основную роль в наступлении многоводия. В некоторых случаях многоводие развивается очень быстро и носит название острого многоводия. В других случаях оно развивается постепенно и носит название хронического многоводия.

Сильное растяжение и напряжение матки и брюшных стенок затрудняют определение предлежащей части плода, его положения; сердцебиение плода обычно глухое и прослушивается с трудом. Многоводие является серьезным осложнением беременности и родов. При многоводии часто наблюдаются токсикозы беременности. Высокое стояние диафрагмы смещает сердце, затрудняет кровообращение и дыхание, вследствие чего нередко в таких случаях наблюдается одышка.

При многоводии часто наблюдается преждевременное прерывание беременности. В результате перерастяжения мышц матки, а также брюшной стенки при многоводии роды затягиваются вследствие ослабления сократительной способности матки и брюшного пресса.

При многоводии нередко наблюдается выпадение мелких частей плода. Послеродовой и последовый периоды могут быть осложнены кровотечением вследствие недостаточной сократительной способности матки (атонические кровотечения).

Многоводие проявляется уже между 4 и 5 месяцами беременности; при этом матка увеличивается быстрее, чем при нормальной беременности. При остром многоводии часто наблюдается выкидыш, нередко наблюдается преждевременный разрыв плодного пузыря и наступление преждевременных родов.

Хроническое многоводие редко достигает очень больших степеней. Оно наблюдается как вторичное явление при однояйцевой двойне у одного из плодов.

НЕУКРОТИМАЯ РВОТА БЕРЕМЕННЫХ см. *Рвота беременных.*

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ (NEPHROPATHIA GRAVIDARUM) — заболевание, связанное с беременностью, является следствием интоксикации, нарушения функции нервной и сосудистой системы; в эпителии почечных канальцев происходят изменения характера перерождения, воспалительные изменения в почках при этом отсутствуют.

Симптомы. В моче определяется белок, появляются гиалиновые и зернистые цилиндры, уменьшается диурез. Определяются отеки, значительная прибавка веса беременной, повышенное артериальное давление. В некоторых случаях перечисленные симптомы нарастают; самочувствие

значительно ухудшается; наступают головные боли, тошнота. Быстрое нарастание количества белка и цилиндров в моче, быстро нарастающие отеки и артериальное давление являются плохими прогностическими признаками — переход нефропатии в эклампсию *(см.)*.

Профилактика. В женской консультации беременной разъясняют значение режима, диеты и других гигиенических мероприятий (см. *Гигиена беременности)*.

Медицинский персонал обязан тщательно и систематически наблюдать каждую беременную. При каждом посещении беременной консультации необходимо, помимо общего обследования, произвести три специальных исследования: 1) взвешивание (на предмет определения так называемых скрытых отеков — прибавление веса больше 300 г в неделю); 2) анализ мочи (определение белка); 3) измерение артериального давления. При этих исследованиях, а также при систематическом наблюдении за общим состоянием беременной можно выявить раннюю стадию нефропатии и провести рациональное лечение.

Лечение. Постельный режим (желательна госпитализация), молочно-растительная диета с ограничением поваренной соли до 2—3 г в сутки. Внутримышечно 20—25 мл 25% раствора сернокислой магнезии 4 раза в день (через каждые 6 часов), в течение одного дня; курс можно повторить через 2—3 дня; ежедневно вводят внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 0,25 г аскорбиновой кислоты. В последнее время рекомендуется внутривенное введение ежедневно 10 мл 10% раствора бромистого натрия в течение 10—15 дней с одновременной дачей бензойно-натриевой соли кофеина по 0,1 г 3 раза в день. Назначают фруктовые (яблочные) или сыроовощные дни (два раза в неделю), а в некоторых — и однодневное голодание раз в неделю, вдыхание кислорода.

При наличии в моче 0,1‰ и более белка обязательна госпитализация.

ОБВИТИЕ ПУПОВИНЫ наблюдается вокруг шеи, туловища, ножки или ручки плода. Особенно опасно тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

После рождения головки пальцами проводят по шее плода до плеч для того, чтобы проверить, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. Если имеет место обвитие, петлю пуповины осторожно снимают через головку. В случае, если это не удается или же когда пуповина туго натянута, на пуповину быстро накладывают два зажима и между ними ее перерезают.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ. Обезболиванию подлежат здоровые роженицы с нормальными срочными родами. Подготовку к обезболиванию необходимо начать еще в женской консультации (индивидуальные разъяснения, лекции, беседы). С момента поступления роженицы в стационар необходимо проявить к ней исключительное внимание и чуткое отношение.

Обезболивание родов начинается с периода раскрытия шейки матки при условии наличия выраженных болей и хорошо развивающейся ритмической родовой деятельности (что у первородящих обычно совпадает с открытием зева на 2 пальца).

Акушерка должна тщательно наблюдать за общим состоянием роженицы (пульс, дыхание), за сердцебиением плода, характером родовой деятельности и за ходом обезболивания. Сердцебиение плода необходимо проверять возможно чаще (через каждые 15 минут), особенно после отхождения вод.

В случае обнаружения каких-либо отклонений в сердцебиении плода (учащение, урежение), а также явного ослабления родовой деятельности или патологических изменений в общем состоянии роженицы дальнейшее обезболивание немедленно прекращают.

Все данные осмотра роженицы перед поступлением в стационар и перед началом обезболивания, а также весь ход обезболивания записывают в историю болезни.

Учет результатов обезболивания родов: 1) случаи, когда роды с момента применения обезболивающего средства (начало его действия) до конца прошли совершенно безболезненно, обозначают тремя плюсами (+++) — полное обезболивание;

2) случаи, когда роды с момента применения обезболивающего средства (начала его действия) до конца прошли при пониженной болевой чувствительности или полном отсутствии болей в течение некоторого времени (примерно 3 часа), обозначают двумя плюсами (++) — частичное обезболивание;

3) слабый эффект обезболивания обозначают одним плюсом (+);

4) случаи, когда роды с момента применения обезболивающего средства до конца прошли без понижения болевой чувствительности, обозначают минусом (—) — отрицательный результат обезболивания.

Учет эффективности применения медикаментозного метода обезболивания желательно производить, как при психопрофилактическом методе обезболивания родов.

Все необходимые обезболивающие средства хранят в особом шкафу под замком в родильной или предродильной комнате, причем наличие в нем других, не относящихся к обезболиванию средств или предметов, строго воспрещается.

В шкафу хранится точная опись средств, применяющихся для обезболивания, и передаточная тетрадь, в которой учитывают поступление и расход обезболивающих средств.

Перечень и техника применения медикаментозных средств, рекомендуемых для обезболивания родов в условиях родильных учреждений, где нет дежурного врача, но может быть быстро обеспечена врачебная помощь.

А. Начало периода раскрытия. Применяется одно из следующих средств.

1. Свеча по следующей прописи:

Rp. Extr. Belladonnae 0,03
Pantoponi 0,02
Antipyrini 0,5
But. cacao 1,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 3
S. По 1 свече в прямую кишку

Техника применения. На руку надевают резиновую перчатку или обматывают палец вощаной бумагой и вводят свечу обычным путем как можно глубже в прямую кишку.

Примечание. Повторное введение свечей одного и того же состава не рекомендуется.

2. Раствор пантопона и сернокислой магнезии по следующей прописи:

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. Под кожу по 1 мл

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 20% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутримышечного введения по 5 мл

Техника применения. Растворы набирают в один шприц и вводят внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодичной области. Необходимо учитывать, что пантопон не следует применять позже чем за 2 часа до предполагаемого окончания родов. Препарат вводит акушерка в присутствии врача.

Б. Конец периода раскрытия (открытие зева более чем на 3 пальца) и период изгнания.

Ликер следующего состава на один прием:

Rp. Papaverini
Extr. Belladonnae āā 0,02
Spiritus vini rectificati 15,0
Sir. simplicis 20,0
MDS. Ликер на один прием

В. Момент врезывания и прорезывания. Роженице через маску дают малые дозы эфира, пока она не успокоится, т. е. не будет достигнута поверхностная анальгезия; после этого эфир продолжают давать только в начале каждой потуги, чем и поддерживают у нее дремотное состояние. Во время паузы наркоз прекращают.

Наркоз проводит врач или акушерка в присутствии врача. На один наркоз затрачивают в среднем по 15—20 мл эфира.

Перечень и техника применения медикаментозных средств, разрешаемых для обезболивания родов в условиях родильных домов, не имеющих дежурного врача (колхозный родильный дом) и обслуживаемых акушеркой.

А. Период открытия.

Свеча следующего состава:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Pantoponi 0,02
Antipyrini 0,5
But. Cacao 1,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 3
S. По 1 свече в прямую кишку

Примечания. 1. Антипирин может быть заменен в этой же дозировке фенацетином, пирамидоном, аспирином.

2. В случае необходимости введение свечи можно повторить, но не ранее чем через 2 часа после введения предыдущей свечи (не более одного раза).

Б. Период изгнания. Ментоловый карандаш Кипарского: ментола 20%, парафина 80%.

Техника применения. Карандашом смазывают кожные покровы крестцовой и поясничной области и нижний отдел передней брюшной стенки.

В. Момент врезывания и прорезывания.

Ликер:

Rp. Papaverini hydrochlorici
Extr. Belladonnae āā 0,02
Spiritus vini rectificati 15,0
Sir. simplicis 20,0
MDS. Ликер на один прием

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ. Система психопрофилактической подготовки к родам основана на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека.

В интенсивности болевой реакции при родах большую роль играет определенная настроенность беременных и рожениц, наличие состояния тревоги и страха по поводу предстоящих родов.

Слово для человека является сильнейшим раздражителем. Вот почему слову в процессе психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам отводится главнейшая роль.

Психопрофилактическая подготовка к родам включает также основные принципы лечебно-охранительного режима, положенного в основу работы всех советских лечебно-профилактических учреждений.

При подготовке женщины к родам необходимо установить контакт с ней путем внимательного обследования, выявления отношения ее к беременности, предстоящим родам, к будущему ребенку. При обследовании необходимо обратить внимание на возраст, образование, профессию беременной, узнать, не было ли в анамнезе психических травм, вскрыть характер опасений и страха, которые могут иметь место в связи с ожидаемыми родами, выяснить в процессе тщательного анамнеза не только содержание этих опасений, но и их источник.

При наличии неблагоприятных обстоятельств в жизни женщины следует принять все возможные меры к устранению их влияния. Беременную знакомят с мероприятиями Советского правительства и Коммунистической партии по охране здоровья женщин и детей: с Указами правительства о помощи многодетным и одиноким матерям, о высоких наградах за материнство.

На основании создавшегося представления об отношении женщины к беременности и предстоящим родам доказывают ей необоснованность страхов и опасений (если они имелись), указывают, что беременность протекает нормально, что при соответствующей подготовке роды могут пройти безболезненно и имеются все основания предполагать благоприятный исход их. Тем беременным, у которых имеются заболевания или осложнения беременности, указывают на необходимость точного соблюдения рекомендуемого режима и советов. Женщинам разъясняют, что в родильном доме во время родов они будут находиться под наблюдением квалифицированного медицинского персонала, который предпримет все меры для благополучного исхода родов.

Женщинам, которым предстоит в родах оперативное вмешательство (анатомически узкий таз, поперечное положение плода и пр.), объясняют необходимость этого вмешательства для сохранения здоровья матери и жизни ребенка.

Во время обследования каждой беременной женщины при последующих посещениях и ознакомлении с ее состоянием за истекшее время каждый раз стремятся устранить имеющиеся у нее тревоги и опасения и вселить уверенность в благоприятном исходе родов.

Подготовка беременной к родам в соответствии с изложенным выше должна начинаться с первого дня констатации беременности в консультации. Подготовка должна осуществляться в той или иной степени и при каждом последующем посещении.

При сроке беременности в 35—36 недель проводят с женщинами групповые занятия, на которых закрепляют ранее полученные ими сведения и обучают их указанным ниже приемам. Групповые занятия проводятся с целью ознакомления женщин с основными процессами, происходящими в организме во время беременности и родов.

Если во время обычных посещений консультации проводилась предварительная подготовка, то в последний месяц, с 35—36 недель, достаточно провести курс в четыре занятия.

На первом занятии беременной сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, освещаются изменения, происходящие в ее организме в связи с беременностью, подчеркивается, что все они обеспечивают нормальное течение родов. Роды освещаются как нормальный физиологический акт, дается представление о трех периодах родов. Знакомят женщин с особенностями первого периода родов, объясняют субъективные ощущения рожающей женщины, дают понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Затем рассказывают о процессах, происходящих в женских половых органах роженицы в первом периоде родов; подчеркивают физиологический характер происходящих изменений, связанных с раскрытием шейки матки, и разъясняют роль плодного пузыря, околоплодных вод. Обращают внимание на то, что роды протекают при известной затрате физических сил. Поэтому важно,

чтобы женщина во время родов сохраняла силы к решающему моменту родового акта — изгнанию плода. Для этого во время родов необходимо спокойное положение, регулярное питание, выполнение указаний медицинского персонала.

На втором занятии указывают, как должна вести себя женщина при появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Беременных женщин обучают комплексу специальных физических приемов, способствующих нормальному течению родов и снижению болевых ощущений: 1) лежать спокойно; 2) во время схваток глубоко и ритмично дышать; 3) сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота концами пальцев обеих рук, проводимым от средней линии живота над лоном кнаружи и вверх; 4) поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с дыханием; 5) прижимать кожу к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передне-верхних остей и у наружных углов крестцового ромба; при прижатии у передне-верхних остей ладони располагаются вдоль бедер, прижатие же совершается концами больших пальцев; прижатие у наружных углов крестцового ромба совершается подкладыванием кистей рук роженицы, сжатых в кулаки; 6) считать схватки.

В паузе между схватками рекомендуется отдыхать и по возможности дремать.

Приемы должны быть хорошо усвоены беременной и точно выполняться в определенной последовательности, указываемой персоналом.

В конце занятия беременным разъясняют причины, могущие усилить болезненные реакции при родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь и т. д.), подчеркивают, что эти причины при правильном поведении могут быть устранены.

На третьем занятии беременные знакомятся с течением родов во втором и третьем периодах и характером ощущений роженицы. Рекомендуются рациональные положения роженицы в начале и в конце периода изгнания. Беременные тренируются на задержку дыхания при потугах. Разъясняется, что для усиления эффективности потуги роженица должна после глубокого вдоха задержать дыхание на 10—15 секунд, в течение которых она произвольно способствует увеличению мышечного напряжения, повторяя это 2—3 раза в течение каждой схватки. Беременных обучают правильному дыханию и расслаблению всех мышц для уменьшения силы потуги в момент выведения головки; знакомятся с течением последового периода, продолжительностью и характером схваток при нем.

Четвертое занятие. Во время четвертого занятия с беременными кратко повторяют все пройденное на предыдущих занятиях, проверяют усвоение указанных выше приемов. Если при предыдущих посещениях консультации подготовка не проводилась в должной мере и она впервые осуществляется с 35—36-й недели, то четырех занятий недостаточно. В таком случае требуется пять или шесть занятий.

Следует рекомендовать беременной женщине повторять дома усвоенные ею в консультации приемы.

Беременную женщину знакомят с порядком и обстановкой в родильном доме и осведомляют об обязательных и возможных манипуляциях во время родов (наружное и влагалищное исследования, внутривенное введение глюкозы, вдыхание кислорода и пр.). Беременной разъясняют необходимость строгого выполнения ею всех указаний медицинского персонала, регулярного питания во время родов.

Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку при предыдущих родах, иногда считают излишними повторные занятия. Однако необходимо убедить женщину в целесообразности повторных занятий при каждой беременности. Эти занятия у повторнорожающих будут наиболее эффективными, если у них осталась благоприятная следовая реакция от прежней подготовки к родам.

Обязвтельно также проведение занятий для женщин, находящихся в отделенни для беременных родильного дома.

Психопрофнлактическвя подготовка противопоказана при наличии у женщин психических заболеванний.

Проводимая в женской консультвцин система психопрофнлактической подготовки к родам должна быть преемственно связаиа с соответствующими мероприятиями в роднльном доме. Хорошо проведенная в консультации подготовкв к родам может не дать ожидаемого эффекта, еслн не будет должным образом налажена работа в роднльном отделенни.

Благоприятный результат пснхопрофилактической подготовки к родам зависит не только от работы врачей, но и всего среднего и младшего персонала. На всех этапах пребыввния женщины в роднльном доме должна быть создана уютная, спокойная обстановка. Персонал отделения должен быть воспитан таким образом, чтобы не допускались никакие посторонние разговоры, никакие рассуждения о патологни в присутствин беремеиной илн роженицы. Особеиивя осторожность должнв соблюдвться при передаче дежурств. Ни акушерка, ни санитарка не должны вступать с беременными в объяснения по поводу лабораторных вналнзов, предположений и заключений о теченни родов, об оперативных вмешвтельствввх и т. п. Они не должны рассказывать роженицам ни о какнх случаях, нмевших место в роднльном доме. Следует помннть, что неосторожное слово, высквзанное кем-либо нз персонала, нногда невинное по своему характеру, может стать источником тревоги у роженицы и ослабнть результвты проведенной подготовкн.

Поведение женщины во время родов в значительной степени будет зависеть от того, как была прннятв роженица в приемном покое и в отделенни. Заботлнвый и вннмательный прнем роженицы является весьма важным моментом, подкрепляющим все то, на что была ориентнрована беременная в процессе подготовки. При приеме роженицы акушерка выясняет, проходнла ли она подготовку к родам, когда было проведено последнее занятие, как она провела последнне днн, не было ли сильных эмоционвльных пережнванний в это время?

Врач илн вкушерка выявляют, как реагирует роженицв на появление родовой деятельности (спокойно или взволноввнно), и после тщательного обследования (врач, акушерка) осведомляют ее об особенностях течення родов, поддерживают у нее уверенность в блвгополучном исходе родов, повторяют с ней приемы и правнла поведения в родах.

С роженнцамн, не прошедшимн подготовки или не закончившими ее по каким-либо прнчинам, в родильном доме проводится беседа, в которой излагаются основы пснхопрофилактической подготовки.

В родильных домах желвтельно выделить отдельную предродовую палату для рожениц, прошедших психопрофилвктическую подготовку; если это невозможно, то все же не следует помещать подготовленных рожениц в одну палату с очень беспокойными, в тем более с роженицами, у которых роды протекают патологически.

Дежурный врач и вкушеркн родового блокв должны вести непрерывное наблюдение за состоянием н поведением роженицы, за ее правильным питанием и т. д.

Каждый осмотр, иаружный илн внутренний, заквнчивают ободряющим заключением, вселяющим роженнцвм уверенность в блвгоприятном исходе родов.

Прн появленни беспокойства роженицы или жалобы на сильную боль следует выяснить вызвавшую их причину. Наиболее частыми причинами болей бывают ригндность шейкн мвтки, целость плодного пузыря при полном раскрытии шейки, ущемление губы шейкн матки и пр. Своевременное устранение этих явленнй может успокоить роженицу. Если эти меропрнятия не дают должного эффекта, необходнмо прнменить те илн иные фармакологические обезболнвающне средства.

При наличии показаний к оперативному вмешательству в родах осторожно сообщают об этом роженице, чтобы не вызвать у нее отрицательных эмоций, убеждая ее в необходимости операции для благоприятного исхода родов.

Все манипуляции должны проводиться спокойно, без суетливости, а операции — с применением обезболивающих средств. Инструментарий необходимо готовить и по возможности применять незаметно для роженицы. Распоряжения должны отдаваться спокойно и авторитетно.

После операции следует в возможно благоприятном свете изложить роженице (родильнице) результаты вмешательства. Такой беседы бывает обычно достаточно, чтобы успокоить женщину, встревоженную рядом новых для нее самых разнообразных и неожиданных переживаний. Эта беседа имеет целью рассеять у нее тяжелые представления и убедить ее в целесообразности всех проведенных мероприятий.

По завершении родового акта родильницу знакомят с основными правилами и порядком в палатах послеродового отделения.

Оценка эффективности психопрофилактической подготовки женщины дается тотчас по окончании родов акушеркой, проводившей роды. Если во время родов дежурные акушерки сменялись, то акушерка, вступающая в дежурство, ограничивается лишь изложением в дневнике родов своих наблюдений о поведении роженицы, а также впечатлений о болеутоляющем эффекте. Окончательная же оценка поведения дается акушеркой, в присутствии которой роды закончились. При этом принимаются во внимание наблюдения персонала о поведении роженицы во время родов и отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях.

На основании всех этих наблюдений и отзывов выводится общая оценка, определяемая словами: «полный эффект», «частичный эффект», «отсутствие эффекта».

Чрезвычайно важно дневник родов составить таким образом, чтобы он отражал действительное поведение роженицы и давал бы возможность обосновать правильность достигнутого болеутоляющего эффекта.

Прошедшими психопрофилактическую подготовку следует считать тех беременных женщин, с которыми было проведено в женской консультации не менее четырех занятий.

При отсутствии эффекта от метода психопрофилактической подготовки можно применить средства для медикаментозного обезболивания в родах.

Тех рожениц, у которых, несмотря на проведенную психопрофилактическую подготовку, возникла во время родов необходимость в назначении болеутоляющих средств, следует рассматривать как обезболенных смешанным способом обезболивания.

Следует всегда помнить, что рассчитывать на хороший болеутоляющий эффект от психопрофилактической подготовки беременных к родам можно лишь в тех случаях, когда весь персонал женской консультации и родильного дома старательно, любовно и со знанием дела выполняет все правила метода.

ОТПУСКА ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ. В целях создания благоприятных условий для вынашивания здорового ребенка, а также в целях обеспечения женщине отдыха после родов, согласно существующему законодательству, за счет средств социального страхования женщине предоставляется отпуск по беременности и родам сроком на 112 дней (56 дней до родов и 56 дней после родов). В тех случаях, когда у женщины имели место осложнения при родах или в послеродовом периоде, ей предоставляется отпуск после родов в течение 70 дней. К осложненным родам относятся:

а) роды двойней и более;

б) роды, которые сопровождались или которым непосредственно предшествовали нефропатия, преэклампсия и эклампсия;

в) роды, сопровождавшиеся следующими акушерскими операциями: кесаревым сечением (абдоминальным или влагалищным) и другими чревосечениями во время родов, наложением щипцов, поворотом на ножку, извлечением плода за тазовый конец, плодоразрушающими операциями и ручным отделением последа;

г) роды, сопровождавшиеся значительной потерей крови, вызвавшей вторичное малокровие (гемоглобин ниже 50%);

д) роды, сопровождавшиеся разрывом матки, глубокими разрывами шейки, разрывом промежности III степени, расхождением лонного сочленения;

е) роды с послеродовыми заболеваниями, сопровождавшимися лихорадочным состоянием свыше 8 дней;

ж) роды у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов, туберкулезом в активной форме, болезнями почек и почечных лоханок, базедовой болезнью, диабетом и малярией, обострившейся в конце беременности или в родах, хроническим паренхиматозным поражением печени с выраженным нарушением функции;

з) преждевременные роды.

ОХРАНА ТРУДА БЕРЕМЕННЫХ. В целях обеспечения беременным здоровых условий труда и нормального развития ребенка в советском законодательстве предусмотрен ряд мероприятий, охраняющих труд женщины-матери.

Ст. 129 Кодекса законов о труде запрещен труд женщин в особо тяжелых и вредных производствах, если в них еще не проведены специальные рационализаторские и оздоровительные мероприятия.

Ст. 131 Кодекса законов о труде гласит о том, что беременные женщины не допускаются к ночным работам.

Согласно ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., начиная с 4 месяцев беременности женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях.

В ст. 133 Кодекса законов о труде указано, что, начиная с 5 месяцев беременности, женщины не могут посылаться в командировку вне места постоянной работы без их согласия.

Женщины, имеющие грудных детей, не привлекаются в течение всего периода кормления ребенка к работам в ночное время (ст. 7 Указа от 8 июля 1944 г.).

Согласно ст. 131 Кодекса законов о труде РСФСР, запрещается привлекать женщин, кормящих грудью, к сверхурочным работам.

В случае перевода беременной на более легкую работу (менее оплачиваемую) она продолжает получать прежнюю (более высокую) заработную плату (из расчета среднего заработка за последние 6 месяцев работы). Беременным женщинам и матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, разрешается переход на другую работу по месту жительства с сохранением непрерывного трудового стажа. Увольнение беременных женщин и матерей, имеющих детей в возрасте до одного года, производится только в исключительных случаях, с разрешения инспектора труда.

Работницам и служащим предоставляются перерывы на кормление грудью в течение рабочего дня не реже чем через каждые $3^1/_2$ часа. Получасовые перерывы для кормления грудью предоставляются, помимо обеденных перерывов, и входят в счет рабочего времени. Работницам, служащим, колхозницам предоставляется отпуск по беременности и родам (см. *Отпуск по беременности*).

ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ. Новорожденных пеленают в гнезде (ячейке) пеленального стола на матраце, обшитом со всех сторон клеенкой. Клеенку протирают 2% раствором лизола или лизоформа после утреннего туалета и после каждого пеленания. С 3-го дня жизни на доношенного здорового ребенка надевают распашонку и теплую кофточку с зашитыми рукавами. Нижнюю часть тела завертывают в две пеленки:

подгузник (пеленка, сложенная в виде треугольника), короткий конец которого пропускают между ногами, а длинные концы закладывают один поверх другого вокруг пояса, и квадратную пеленку, которую кладут поверх подгузника. Сверху ребенка покрывают одеялом в пододеяльнике. Слабых и недоношенных детей заворачивают в пеленки вместе с руками.

Категорически воспрещается класть ребенка на матрац, непокрытый клеенкой. Подушку под голову детей не подкладывают. Только при назначении врачом высокого изголовья применяют подушки, обшитые клеенкой, или подголовники.

ПЕРЕВЯЗКА И ОБРАБОТКА ПУПОВИНЫ. Перевязка пуповины производится после того, как она перестает пульсировать. Перевязка пуповины тотчас после рождения ребенка лишает его крови, которая еще поступает в организм ребенка через пуповину.

На расстоянии 15 см от пупочного кольца на пуповину накладывают тесемочную лигатуру или зажим. Над зажимом пуповину протирают стерильной марлей, смоченной 95° спиртом, и на этом участке перерезают стерильными ножницами. Детский конец пуповины заворачивают в стерильную марлю и прибинтовывают к животу.

Туалет пуповины производится следующим образом. Вторично тщательно обработав руки, под остаток пупочного канатика подкладывают сухую стерильную марлю и на пуповину накладывают тесемочную лигатуру на расстоянии 2 см от пупочного кольца. Участок пуповины над лигатурой протирают стерильной ватой, захваченной пинцетом и смоченной 95° спиртом; пуповину перерезают над лигатурой так, чтобы осталась культя длиной 4—5 см. После этого поверхность разреза смазывают 10% настойкой йода и накладывают сухую стерильную повязку из 2—3 марлевых салфеток без ваты.

Стерильную марлю, лигатуру, бинт, вату, помазок для йода подготовляют для каждого новорожденного и хранят в отдельном индивидуальном пакете.

Уход за пуповиной. При приеме новорожденного в детское отделение медицинская сестра внимательно осматривает повязку на пуповине, чтобы убедиться в том, что повязка не пропиталась кровью; она не принимает ребенка до полной остановки кровотечения в родильной комнате.

До 5-го дня повязку не снимают; при загрязнении меняют только наружный бинт, внутренние же слои повязки не трогают. На 5-й день повязку сменяет врач или сестра в присутствии врача. Врач осматривает остаток пуповины и делает отметку в истории развития новорожденного об ее состоянии. На остаток пупочного канатика накладывают сухую или смоченную спиртом повязку. В день выписки накладывают новую повязку. В истории развития новорожденного отмечают: отпала ли пуповина, а также каково состояние пупочной раны и окружающей пупок кожи живота.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ. Питание беременной должно быть равномерным в течение всего дня. Неравномерный или слишком обильный прием пищи особенно вреден во время беременности. Пища беременной должна быть питательной, высококачественной. Особое внимание нужно обращать на свежесть продукта. Беременную женщину нужно чрезвычайно заботливо ограждать от возможности желудочно-кишечных заболеваний.

Для энергетических и пластических процессов, происходящих в организме беременной женщины, необходимо, чтобы в питательный рацион входили белки. Для оптимального питания взрослого человека в среднем необходимо около 1,5—2 г белка в день на 1 кг веса. Беременной женщине, особенно с IV месяца беременности, требуется минимум 2 г белка на 1 кг веса. Необходимо помнить, что доношенный плод содержит 500 г белка, причем $^2/_3$ белка (330 г) материнский организм отдает плоду

в последние три месяца беременности и из этих 330 г в течение одного только последнего месяца беременная отдает плоду 170 г. Кроме того, организму беременной необходимо еще около 500 г белка для нормального развития матки, молочных желез и увеличения количества крови. В пище беременной женщины должны быть животные (молоко, творог, мясо, рыба) и растительные белки (картофель, хлеб, крупа). Во второй половине беременности потребление мяса и рыбы нужно несколько ограничить: оно должно быть не чаще 3 раз в неделю (или рыба, или мясо). Введение экстрактивных веществ крайне вредно отражается на функциях организма женщины, поэтому нельзя есть мясных и рыбных супов, а только вегетарианские, овощные и молочные. Рыбу и мясо нужно употреблять только в отварном виде.

Полным женщинам надо ограничить введение жиров. Абсолютное исключение жира из пищевого рациона нежелательно, так как важные, особенно для беременных, витамины A и D являются витаминами жирорастворимыми и поэтому в случае исключения жиров не усваиваются. Беременная женщина, страдающая ожирением, должна есть меньше продуктов, содержащих большое количество углеводов, т. е. меньше мучного и сладкого.

Во время беременности и кормления грудью потребность в витаминах значительно повышается. Витамины играют большую роль не только в нормальном развитии беременности, но и в правильном росте плода и его устойчивости после рождения. Недостаток витаминов в пище беременной неблагоприятно влияет на рост и развитие плода и иногда может даже привести к самопроизвольному выкидышу или к преждевременным родам, а также вредно отражается на здоровье матери.

Во время внутриутробной жизни в организме плода накапливается большой запас витаминов. Это необходимо не только для нормального его развития до рождения, но и для того, чтобы организм новорожденного был более выносливым после родов, в период приспособления к новой окружающей его обстановке.

В летнее и осеннее время беременной необходимо есть больше свежей зелени, овощей, ягод и фруктов, богатых витаминами. В зимние и весенние месяцы возможность получать свежие овощи и фрукты иногда ограничена. В это время нужно по совету врача принимать препараты витаминов. Суточная доза витамина A для взрослого человека не менее 3300 единиц (1 мг), для беременной женщины не менее 6600 единиц (2 мг), а для кормящей грудью не менее 8300 единиц (2,5 мг).

Взрослый человек должен получать ежедневно с пищей не менее 50 мг витамина C. Во время беременности эта доза должна быть увеличена по крайней мере до 75 мг, а во время кормления грудью до 100 мг.

Суточная доза витамина B_1 для взрослого человека не должна быть менее 2 мг, для беременной женщины не менее 2,5 мг, а для кормящей грудью не менее 3 мг.

Очень большое значение как для здоровья беременной, так и для нормального развития плода имеет витамин D. Суточная доза витамина D для взрослого человека исчисляется в среднем в 1000 единиц для беременной и кормящей грудью — также 1000 единиц. В обычной пище этот витамин содержится в сравнительно небольшом количестве продуктов. В отличие от других витаминов он образуется из эргостерина и в нашем организме, если кожа подвергается воздействию ультрафиолетовых лучей. Эти лучи входят в состав солнечного света, но обычные оконные стекла мало пропускают их в комнату. Это одна из причин, почему беременная женщина должна возможно больше времени проводить на открытом воздухе. Кроме того, во многих случаях во время беременности назначают рыбий жир, очень богатый витамином D, или препараты этого витамина (препараты витамина D назначает только врач; нельзя пре-

вышать указанной им дозы, так как избыток витамина D может оказать вредное действие).

В некоторых случаях, если в прошлом у беременной были самопроизвольные выкидыши, рекомендуется назначать также витамин E в виде масла из зародышей пшеницы по 30 капель 3 раза в день. Во время беременности значительно повышается потребность в солях кальция, особенно в последние три-четыре месяца, когда плод берет из организма матери большое количество минеральных веществ, в том числе и солей кальция, необходимых для построения его скелета.

В период кормления грудью материнский организм также расходует много солей кальция и других минеральных веществ. Полугодовалый ребенок высасывает в сутки в среднем 1 л материнского молока, в котором содержится около 0,25 г кальция. Недостаток кальция в организме может привести к разрушению зубов и изменениям в костях, а также к меньшей устойчивости организма к инфекции.

Для того чтобы возместить большие потери кальция организмом беременной женщины, кормящей грудью, нужно давать им пищу, богатую этими солями. Наиболее богаты солями кальция молоко, творог, сыр, яйца. Кроме того, иногда назначают препараты, содержащие кальций.

Большую роль в обмене веществ в организме играет поваренная соль. Отеки беременных могут быть вызваны разными причинами; но важное значение в их образовании играет неправильный обмен хлористого натрия (поваренной соли).

В течение первой половины беременности потребление поваренной соли можно не ограничивать. Начиная с V месяца беременности не следует употреблять в пищу селедку, соленые огурцы и другие соленые продукты. Пища беременной должна быть в этот период мало соленой. В последние два месяца беременности нельзя добавлять в пищу больше 5 г соли в сутки. Начиная со второй половины беременности нужно постепенно уменьшить количество выпиваемой жидкости. В последние два-три месяца беременности можно пить в течение суток не больше 1 л жидкости, включая молоко, суп и т. д.

С начала беременности нужно исключить из пищи мясные бульоны, пряности и острые приправы (перец, горчицу, уксус и т. п.). Во время беременности и кормления грудью употребление алкогольных напитков категорически запрещается.

Во время беременности иногда бывают запоры, в большинстве случаев вследствие вялости кишечника. Принимать слабительные средства, усиливающие перистальтику, нежелательно, так как это может привести к выкидышу. Во избежание запоров, полезно есть салат из сырых овощей, сырые фрукты, сушеный чернослив. Особенно хорошее действие оказывает салат, приготовленный из сырой шинкованной капусты, сырой моркови и яблок, приправленный сахаром.

В первую неделю после родов, когда родильница лежит еще в постели, пища ее должна быть легкой, удобоваримой. При нормальном течении послеродового периода можно не ограничивать потребление жидкости.

Во время кормления грудью, как и во время беременности, рекомендуется есть больше овощей, ягод и фруктов, богатых витаминами. Благодаря этому увеличивается количество витаминов в грудном молоке, что важно для ребенка.

ПИЕЛИТ БЕРЕМЕННЫХ. Весьма частым осложнением беременности является гнойное воспаление почечных лоханок. Беременность является моментом, предрасполагающим иногда к развитию пиелита. Наблюдающиеся при пиелите беременных застойные явления (задержка мочи в почечных лоханках и мочеточнике) часто указывают на наличие механического препятствия по ходу мочеточника. Такие механические препятствия могут возникнуть на почве сдавления мочеточников беременной маткой (чаще сдавление правого мочеточника).

Большое значение в происхождении пиелита во время беременности играет ослабление тонуса мочеточника, ведущего к задержке мочи в почечных лоханках. Кроме того, наблюдается ослабление тонуса мочевого пузыря и увеличение его емкости.

Наиболее частым возбудителем пиелита у беременных является кишечная палочка (около 80% всех случаев); нередко наблюдается смешанная флора — стафилококк или стрептококк вместе с кишечной палочкой; значительно реже — один стафилококк или стерптококк, еще реже — пневмококк, гонококк, тифозная палочка.

Симптомы и течение. В большинстве случаев пиелит во время беременности протекает в форме острого заболевания, значительно реже — в форме хронического заболевания. Заболевание начинается часто внезапно, без каких-либо видимых причин, но при тщательном расспросе в анамнезе можно отметить расстройство желудочно-кишечного тракта в виде длительных запоров или поносов. Иногда больные жалуются на болезненное мочеиспускание, головные боли, общую слабость, боли в пояснице. Количество мочи уменьшается. Под микроскопом в моче находят большое количество лейкоцитов, иногда выщелоченных эритроцитов, гиалиновые цилиндры и обычно незначительное количество белка. Присутствие почечного эпителия и большое количество гиалиновых цилиндров говорят о том, что процесс уже распространился на паренхиму почек (пиелонефрит). Пониженный диурез продолжается сравнительно недолго и часто переходит в полиурию. Вместе с увеличением количества мочи улучшается и общее состояние больной. Температура вследствие очищения почечных лоханок от гноя падает. Однако через некоторое время вышеописанные симптомы начинают снова нарастать, температура опять повышается; болезнь принимает перемежающийся характер. Реже пиелит беременных протекает в хронической форме; температура субфебрильная, все отмеченные симптомы выражены в нерезкой форме.

Распознавание. Диагноз пиелита, особенно протекающего в острой форме, не представляет больших трудностей; положительный симптом Пастернацкого и особенно анализ мочи с нахождением в ней большого количества лейкоцитов могут направить мысль на правильный диагноз. Прогноз при пиелите беременных благоприятный.

Лечение. Постельный режим; больную укладывают на левый бок для того, чтобы беременная матка, насколько это возможно, отодвинулась влево и освободила правый мочеточник от сжатия. Такое мероприятие нередко обеспечивает более свободный отток мочи из правой лоханки. Если поражена левая почка, больную укладывают на правый бок. Назначают внутримышечно 3—4 раза в день по 200 000 ЕД пенициллина на 0,25% растворе новокаина. Хороший эффект дает сочетание пенициллина со стрептомицином. Внутрь назначают настой из липового цвета или медвежьих ушков, а также уротропин по 0,5 г три-четыре раза в день. Постельный режим, тепло на область почек. Хороший эффект дает следующее мероприятие: натощак дают выпить в течение одного часа 1 л жидкости (при наличии оттока мочи) в виде слабого чая, молока, кипяченой воды и т. п. Жидкость при этом быстро всасывается и выводится через почечные лоханки. Таким образом, это мероприятие позволяет произвести своеобразное промывание почечных лоханок. При наличии запоров ежедневно рекомендуются очистительные клизмы. В случае, если и эти мероприятия не приводят к ощутимым результатам, рекомендуется катетеризация мочеточников и промывание почечных лоханок (производится врачом).

Женщины, страдающие пиелитом во время беременности и после родов, после выписки из родовспомогательного учреждения нуждаются в длительном наблюдении, так как в дальнейшем возможен рецидив заболевания.

Профилактика. Соблюдение режима (см. *Гигиена беременности*); профилактика запоров (соответствующая диета), физкультура во время беременности, профилактика гриппа и других инфекций.

ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ПОЛИП см. *Аборт.*

ПОВОРОТ ПЛОДА (VERSIO FOETUS). Различают *наружный* и *внутренний поворот плода.* Поворот производят из поперечного или косого положения в продольное, а также из одного продольного в другое (из головного предлежания в ножное). Показаниями к повороту являются: поперечное или косое положение плода, а в некоторых случаях предлежание плаценты; преждевременная отслойка нормально расположенного детского места (при наличии условий для извлечения плода); некоторые (неблагоприятные) варианты головного предлежания (лобный, задний вид лицевого предлежания, высокое прямое стояние головки).

Наружный поворот при поперечном положении плода. Перевести плод из поперечного в продольное положение наружными приемами удается только при значительной подвижности плода. Наружный поворот производится профилактически на последнем месяце беременности в стационаре (родильном доме) без наркоза. Мочевой пузырь и кишечник должны быть предварительно опорожнены. Поворот производят *бережно, без насилия.* Поворот должен быть безболезненным, ощущение боли является противопоказанием к продолжению производства поворота.

При подозрении на предлежание детского места наружный поворот *противопоказан.*

Техника производства наружного поворота. Беременную укладывают на кушетку или кровать. Точно определяют, где находятся головка и ягодицы плода. При косом положении плода беременную укладывают на тот бок, куда обращена предлежащая часть, вследствие чего последняя становится ближе ко входу в таз. При головке, расположенной ближе ко входу, одной рукой стараются свести головку книзу, а другой отодвигают ягодицы кверху, т. е. в противоположном направлении. Если ко входу ближе расположены ягодицы, легче низвести ягодичный конец плода, а головку перевести в противоположную сторону, т. е. ко дну матки. Для сохранения продольного положения плода рекомендуется с обеих сторон матки положить два валика, скатанных из пеленок или из мягкой материи, и забинтовать живот широким бинтом или длинным полотенцем.

Во время и после поворота необходимо тщательно прослушивать сердцебиение плода. Если изменить положение плода не удается ко времени полного открытия, плод переводят путем внутреннего поворота (поворот на ножку) из поперечного или косого положения в продольное.

Необходимыми *условиями* для производства операции *поворота на ножку* являются: 1) полное или почти полное открытие зева для того, чтобы можно было ввести руку в полость матки и в случае необходимости, закончив поворот, произвести извлечение плода; 2) достаточная подвижность плода в матке; 3) целость плодного пузыря или же недавнее (1—2 часа) отхождение вод; 4) соответствие размеров плода размерам таза матери.

Техника операции поворота на ножку при поперечном и косом положении плода. Операция производится под наркозом. Роженица укладывается на поперечную кровать; опорожняется мочевой пузырь.

Сложив конусообразно пальцы, руку вводят во влагалище и доводят до шейки. Если открытие зева достаточное и воды целы, разрывают плодный пузырь и быстро входят в полость плодного яйца, стремясь удержать возможно больше околоплодных вод и тем самым сохранить большую подвижность плода в матке. Если воды прошли и выпали мелкие части (ручка или петля пуповины), *выпавшую ручку не следует вправлять,* так как при проведении операции поворота она отойдет вверх. Что касается *выпавшей петли пуповины,* то ее нужно

очень осторожно захватить с собой при введении руки в матку и дальше производить поворот, согласно общим правилам. После введения руки во влагалище другую руку кладут на дно матки. Рукой, введенной в матку (внутренняя рука), проводят по туловищу плода, спускаясь до ягодиц, а затем, скользя по бедру и голени, захватывают указательным и средним пальцем стопу в области голеностопного сустава. Расположив наружную руку соответственно внутренней, помогают последней. Как только будет захвачена стопа, ее низводят за наружный зев, наружной же рукой придвигают ягодицу книзу. При выведении ножки во влагалище наружной рукой отодвигают головку кверху, ко дну матки, одновременно извлекая внутреннюю руку вместе с ножкой наружу. *Поворот считается законченным, когда из половой щели выйдет колено.* По окончании поворота наружная рука прощупывает головку в дне матки.

Если имеется полное открытие шейки, приступают к *извлечению плода. Извлечение плода при неполном открытии зева противопоказано*, так как при этом может произойти тяжелое осложнение — разрыв шейки матки.

Техника поворота на ножку при головных предлежаниях. Во влагалище вводят руку, вскрывают плодный пузырь и отталкивают головку плода вверх и в сторону. Внутренняя рука скользит по туловищу плода, направляется к его ножке, захватывает стопу; поворот производится в соответствии с теми правилами, которые были изложены при описании техники поворота на ножку при поперечном или косом положении плода.

ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ. Причиной является увеличение подвижности плода в полости матки, многоводие, растяжение стенок матки; встречается чаще у повторнородящих, главным образом у многорожавших; при двойне часто один плод располагается продольно, а другой — в поперечном или косом положении. Поперечные и косые положения плода встречаются также при неправильной форме матки, опухолях в области нижнего сегмента матки, в некоторых случаях предлежания детского места, при узком тазе, когда головка не может установиться во входе и отклоняется в сторону.

Распознавание. Неправильная форма живота и матки (растяжение в поперечном или косом положении). Высота стояния дна матки несколько ниже, чем при продольном положении плода в тот же срок беременности; предлежащая часть плода над лоном не определяется; плотная круглая баллотирующая головка плода определяется справа или слева чаще в одной из подвздошных областей. Сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка, на той стороне, где расположена головка. Уточнить диагноз можно путем влагалищного исследования, а также путем рентгенографии.

Лечение. При распознавании поперечного или косого положения можно попытаться в стационаре сделать поворот плода наружный *(см.)* и перевести его в продольное положение. Наружный поворот целесообразно произвести в конце беременности (на X акушерском месяце), так как поворот в более ранние сроки беременности не является устойчивым и плод может принять свое прежнее (поперечное или косое) положение.

При косом положении плода и наличии родовой деятельности роженицу кладут на тот бок, в сторону которого отклонена предлежащая часть.

При достаточной подвижности плода в полости матки нижнюю часть плода (головку или ягодицы) передвигают в сторону входа в таз. Если плод расположен поперечно, при достаточной его подвижности и целых водах, нужно попытаться очень осторожно произвести наружный поворот плода, ни в коей мере не форсируя перевод плода в продольное положение. Если попытка не удалась, нужно оставить роженицу в покое, чтобы не вызвать раннего отхождения вод.

При поперечном или косом положении «заслонка» между передними и задними водами отсутствует (роль «заслонки» выполняет при продольном положении головка или ягодицы плода). Поэтому отхождение вод может произойти значительно раньше, чем закончится первый период родов, т. е. полное раскрытие шейки матки. При целых водах и полном раскрытии шейки нужно разорвать пузырь и сделать поворот плода на ножку. То же самое можно сделать в случае недавно отошедших вод (час назад) при условии достаточной подвижности плода. При отошедших водах и недостаточном раскрытии шейки матки вводят метрейринтер; как только родится метрейринтер, производят поворот на ножку. При давно отошедших водах операция поворота противопоказана (опасность разрыва матки!). При запущенном поперечном положении прибегают к эмбриотомии (производит только врач). После операции в течение 2—3 дней применяют введение пенициллина по 50 000—100 000 ЕД через каждые 3 часа и сульфаниламидные препараты — по 1,0 три-четыре раза в день.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД — время от окончания родов до полного обратного развития половых органов женщины. Этот период продолжается обычно около 6 недель. После родов (после того как уже выделился послед) женщина испытывает усталость, а иногда некоторую сонливость. В родильной комнате она должна находиться не менее 3—4 часов после родов. Если нет кровотечения и самочувствие родильницы удовлетворительное, ее переводят в послеродовое отделение.

Непосредственно после родов дно матки прощупывается на 1—2 поперечных пальца ниже пупка, в первый день после родов — на уровне пупка, а иногда на 1—1½ поперечных пальца выше пупка. Матка весьма подвижна, так как связочный аппарат растянут, поэтому она легко отклоняется вправо, влево и кзади. Вследствие этого родильница не должна лежать долго на одном боку или на спине. Переполненный мочевой пузырь мешает нормальному сокращению матки.

На 3-й день послеродового периода при нормальном его течении и хорошей сократительной способности матки дно матки прощупывается на 1—2 поперечных пальца ниже пупка, на 4-й день — на 3 поперечных пальца ниже пупка, на 5-й — посередине между пупком и лоном, на 7-й день матка прощупывается на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения, а к 10-му дню дно ее должно стоять не выше одного поперечного пальца над лонным сочленением. После родов начинает формироваться и шейка (постепенно сокращается), и ее канал. Формирование шейки в нормальных условиях заканчивается к 10-му дню после родов. Недостаточная сократительная способность матки в большинстве случаев бывает связана с инфекционным процессом, реже с наличием фибромиомы, перерастяжением матки во время беременности (многоводие, многоплодие) и др. Необходимо ежедневно измерять высоту стояния дна матки после родов и отмечать количество и качество послеродовых выделений из матки (лохий). В первые 3—4 дня обычно отмечаются кровянистые выделения, следующие 3—4 дня — кровянисто-серозные и, наконец, через 7—8 дней после родов выделения должны быть без примеси крови. Наличие кровянистых выделений позже 7—8-го дня после родов говорит о патологическом состоянии (плохое сокращение матки, наличие остатков плацентарной ткани, воспалительный процесс и т. п.). Точно так же ненормальным нужно считать наличие в выделениях гноя.

Температуру после родов нужно измерять 2—3 раза в день; в послеродовом периоде она не должна быть выше 36,8—37°. При нормальном его течении можно отметить два повышения температуры: первое — через 12 часов после родов и второе на третьи-четвертые сутки после родов; однако эти повышения должны находиться в пределах 37,5° и должны быть однократными. В противном случае необходимо принять ряд профилактических и лечебных мер для борьбы с инфекционным процессом (назначение сульфаниламидных препаратов, введение пенициллина).

Пульс после родов обычно замедлен. Учащение пульса даже при нормальной температуре (расхождение между пульсом и температурой) нередко является одним из ранних симптомов начинающегося септического процесса, особенно тромбофлебита.

После родов довольно часто отмечается задержка мочеиспускания (см. *Ишурия послеродовая*).

После родов отмечается вялость кишечника и в большинстве случаев не происходит самостоятельного его опорожнения. На третьи сутки обычно дают слабительное, лучше всего касторовое масло. Не менее 2 раз в день производят так называемую уборку родильницы (см. *Асептика и антисептика в акушерстве*).

Необходимо тщательно следить за состоянием молочных желез. Перед каждым кормлением и после него соски обмывают слабым раствором борной кислоты и насухо вытирают. После кормления на соски накладывают кусок стерильной марли, смоченной в стерильном вазелиновом масле. Кормление грудью производят в масках во избежание передачи новорожденному возможной у матери инфекции (грипп). Уже на вторые сутки после родов родильнице можно разрешить легкие движения, даже лечебную физкультуру, выполняемую под наблюдением врача или инструктора физкультуры. Первые три дня родильница производит все эти движения в лежачем положении, а начиная с 5-го дня может выполнять соответствующие упражнения стоя на полу. В случае нормального течения послеродового периода родильнице обычно разрешают встать на пятые сутки. Даже при нормальном течении послеродового периода выписка из родильного дома может быть разрешена лишь по истечении 8 полных суток после родов.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА (ПЛАЦЕНТЫ) (PLACENTA PRAEVIA). Если плацента прикреплена в нижней части матки непосредственно над внутренним зевом или сбоку от него в пределах перешейка, она оказывается предлежащей частью плодного яйца; в таком случае детское место расположено ниже предлежащей части плода (головки или ягодиц).

Причинами, способствующими предлежанию плаценты, являются воспаление матки, наличие подслизистых миоматозных узлов, аномалии развития плодного яйца. Различают полное предлежание плаценты, когда плацента расположена непосредственно над внутренним зевом, и частичное предлежание плаценты, когда она расположена сбоку от внутреннего зева. В зависимости от положения по отношению к внутреннему зеву (при открытии зева на $1^1/_2$—2 пальца) различают следующие формы предлежания: 1) краевое предлежание детского места — с одной стороны прощупывается край плаценты, а с другой — плодный пузырь; 2) боковое предлежание детского места — плацента расположена над внутренним зевом только своей боковой частью; 3) центральное предлежание детского места — плацента покрывает внутренний зев и расположена над ним своим центром.

Распознавание и течение. Основным симптомом являются маточные кровотечения, в одних случаях интенсивные, в других незначительные, иногда только «мажущие». Кровотечения при предлежании детского места обычно наступают в последние два-три месяца беременности, непосредственно перед родами и во время родов. Причиной кровотечения является отслойка детского места и разрыв кровеносных сосудов. Не всегда интенсивность кровотечения зависит от формы предлежания детского места. Иногда краевое предлежание может сопровождаться более сильным кровотечением, чем боковое предлежание.

Диагноз ставят на основании повторных кровотечений в конце беременности и уточняют в стационаре путем влагалищного исследования, которое надо проводить очень бережно: если шейка раскрыта, прощупывается тестоватой консистенции ткань плаценты. Всякое насильственное

проведение пальца в глубь матки сопровождается кровотечением. Для установления диагноза предлежания плаценты в конце беременности при головном предлежании плода применяют рентгенологический метод.

Лечение. При подозрении на предлежание детского места больную необходимо немедленно госпитализировать. При ведении родов, осложненных предлежанием детского места, следует руководствоваться тремя моментами: 1) общим состоянием больной, 2) силой, интенсивностью кровотечения и 3) состоянием родовых путей.

Если кровянистые выделения незначительны, беременную укладывают в постель и за ней устанавливают тщательное наблюдение, обращая особое внимание на интенсивность кровотечения. Даже при незначительном кровотечении необходимо 3—4 раза в день измерять артериальное давление.

Если роды уже начались, при незначительном кровотечении, хорошо выраженной родовой деятельности, боковом или краевом предлежании детского места и при раскрытии шейки не менее чем на 2 пальца, разрывают плодный пузырь. После излития вод головка опускается и тем самым прижимает плаценту; кровотечение приостанавливается и роды обычно заканчиваются нормально. При раскрытии шейки на 3—4 пальца производят поворот на ножку и ее низведение. Форсировать извлечение плода, особенно при неполном раскрытии зева, не следует, так как нижний сегмент матки, где прикреплена плацента, истончен и форсированное родоразрешение может повлечь за собой разрыв матки. При недостаточном раскрытии зева (2—2½ пальца) можно ввести метрейринтер; при этом метрейринтер прижимает плацентарную площадку и кровотечение приостанавливается; ждут рождения метрейринтера и при раскрытии до 3—4 пальцев делают поворот на ножку. При боковом или краевом предлежании детского места, незначительных кровотечениях и недостаточном раскрытии можно наложить кожно-головные щипцы по Иванову. В случае интенсивного кровотечения и при отсутствии условий для быстрого родоразрешения влагалищным путем (раскрытие зева на 1—1½ пальца) производят кесарево сечение. Наложение щипцов при предлежании детского места категорически противопоказано.

В случае необходимости транспортировать больную в родовспомогательное учреждение при значительном кровотечении ввести под кожу 1 мл 1% морфина с целью снизить интенсивность маточных сокращений и для профилактики дальнейшей отслойки детского места.

Переливание крови в зависимости от кровопотери. После родоразрешения — внутримышечно пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через 3 часа; внутрь сульфаниламид (по 1 г четыре — шесть раз в день).

ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ГОЛОВНЫЕ НЕПРАВИЛЬНЫЕ. Нормальным механизмом родов считают ту сумму последовательных движений головки и туловища плода, которые происходят во время родов при переднем виде затылочного предлежания (затылок кпереди). В случае же, когда спинка и головка обращены кзади, механизм родов проходит не типично, а с некоторым отклонением от нормального механизма. При этом затылок поворачивается кзади, к крестцовой впадине; во входе в таз стреловидный шов стоит в поперечном размере, в полости таза — в косом, а на дне — в прямом размере.

При первой позиции плода стреловидный шов в полости тела совпадает с левым косым размером таза (одноименным с позицией), при второй позиции — с правым косым размером полости таза (также одноименным).

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Проводной точкой является условно большой родничок.

При описываемом механизме имеются две точки фиксации (опоры) головки: первая для усиления сгибания головки и вторая для разгибания ее. Когда передняя часть головки доходит до границы волосистой части лба, она упирается здесь в нижний край лонной кости, делает сгибание, вследствие чего над промежностью выкатывается затылок до подзатылочной ямки (сгибание); затем область подзатылочной ямки упирается в копчик (вторая точка фиксации), происходит разгибание головки, из-под симфиза выкатывается лобик, личико и подбородок.

Ведение родов при заднем виде затылочного предлежания должно быть выжидательным. К ускорению родоразрешения должны иметься строгие показания (асфиксия плода, повышение температуры у роженицы и пр.).

Механизмы родов при разгибательных состояниях головки.

а) Переднее головное предлежание. Распознавание. Легкая степень разгибания (подбородок несколько отходит от грудки); затылок и спинка так же, как и при заднем виде затылочного предлежания, обращены кзади. Головка плода вступает в таз стреловидным швом в поперечном (отчасти в косом) размере. При внутреннем повороте головки передняя часть ее поворачивается кпереди и опускается ниже, в полости таза стреловидный шов проходит через те же косые размеры, как и при заднем виде затылочного предлежания (в полости таза стреловидный шов стоит в одном из косых размеров, одноименных с позицией плода).

Механизм прорезывания головки в основном совпадает с таковым при заднем виде затылочного предлежания, но отличается от него тем, что проводная точка, точки фиксации и прорезывающая окружность головки будут иными.

Проводной точкой при переднем головном предлежании является большой родничок. Точки фиксации: 1) переносица, надбровные дуги (glabella) и 2) затылочный бугор.

Во время прорезывания головки в первую очередь показывается большой родничок и лобик; затем головка прорезывается до тех пор, пока под симфизом покажется переносица (первая точка фиксации), затем головка начинает сгибаться; над промежностью выкатываются теменные бугры и затылок до затылочного бугра. Затылочный бугор упирается в область копчика (вторая точка фиксации), головка разгибается, из-под симфиза выкатывается личико и подбородок.

Ведение родов при переднe-головном предлежании должно быть выжидательным; оперативное вмешательство предпринимают только по строгим показаниям как со стороны матери, так и со стороны плода.

б) Лобное предлежание. Распознавание. При влагалищном исследовании прощупывается лобик и личико, стоящие над входом или уже во входе в таз. Ясно прощупываются надбровные дуги и корень носа; большой родничок достижим с трудом. Лобное предлежание иногда переходит в лицевое (при вставлении головки в таз разгибание усиливается и, таким образом, лобное предлежание переходит в лицевое).

Механизм прорезывания головки при лобном предлежании. Проводной точкой является корень носа. Точек фиксации две: верхняя челюсть и затылочный бугор. Верхняя челюсть фиксируется под лонной дугой и над промежностью выкатывается головка. Головка прорезывается значительной окружностью — 35 см (соответствует большому косому размеру).

Осложнения. Частые разрывы промежности; асфиксия плода; образование пузырно-влагалищных свищей; разрыв матки. Ведение родов должно быть выжидательным.

При наличии условий — поворот на ножку; при стоянии головки во входе в таз иногда производят кесарево сечение или перфорацию головки.

в) Лицевое предлежание. В первый момент механизмв родов головка вместо сгибания делает разгибанне (резко выраженная степень разгибательного типа). После окончания периода раскрытия головка вступает в таз не стреловидным швом, а лицевой линией (от лобного шва до подбородка).

Механизм родов при лицевом предлежании (подбородок обращен кпереди), проводная точка — подбородок. Точка фиксации — область подъязычной кости. Прорезывающая окружность головки — 33 см. Первым показывается подбородок под симфизом. В процессе прорезывания головки личико доходит подъязычной областью до лонной дуги. Область подъязычной кости (точка фиксации) упирается в нижний край лонной дуги. Вокруг этой точки происходит сгибание головки и над промежностью выкатывается нос, темя и затылок.

Ведение родов выжидательное; тщательное наблюдение за динамикой родов, за роженицей; частое выслушивание сердцебиения плода. Роды при лицевом предлежании, когда подбородок повернут кзади, невозможны. Если повторное исследование показывает, что подбородок не имеет тенденции повернуться кпереди, то при живом плоде в условиях стационара показано кесарево сечение. В случае отсутствия соответствующих условий и при мертвом плоде делают перфорацию. Наложение щипцов строго противопоказано.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ТАЗОВОЕ. Различают ягодичные и ножные предлежания. Среди ягодичных предлежаний различают чистые (ножки плода вытянуты по длине туловища, во вход таза вступают ягодицы плода) и смешанные (ножки плода согнуты в коленных и тазобедренных суставах); вместе с ягодицами во вход в таз вступают и ступни. При ножных предлежаниях предлежат обе ножки (полное ногоположение) или одна ножка.

Тазовое предлежание чаще встречается при родах двойней или преждевременных родах, многоводии, низком прикреплении или предлежании детского места, при чрезмерной растянутости стенок матки.

Распознавание. Над входом в таз прощупывается крупная мягковатая часть; предлежащая часть не баллотирует. В дне матки прощупывается плотная круглая баллотирующая часть — головка. Сердцебиение плода ясно прослушивается выше пупка. В сомнительных случаях окончательный диагноз ставят на основании влагалищного исследования.

Ведение родов. Первый период родов (период раскрытия) необходимо проводить строго выжидательно, следить за сердцебиением плода, за общим состоянием роженицы, за опорожнением мочевого пузыря и характером родовой деятельности. Во избежание раннего отхождения вод роженица должна лежать. Второй период (период изгнания) проводят на поперечной кровати. Как только туловище вышло до пупочного кольца, на родившуюся часть плода накидывают теплую стерильную пеленку; большие пальцы кладут на крестец плода, остальными захватывают бедра спереди, а указательные пальцы кладут на гребешки подвздошных костей; все это проделывают осторожно и мягко с тем, чтобы не произвести давления на брюшные стенки плода и не повредить его внутренних органов. После того, как показались углы лопаток, туловище плода подтягивают на себя, затем поднимают кверху и в сторону; если ручка не была запрокинута, она при этом легко выпадает. После этого туловище плода поворачивают в сторону животика так, чтобы плечико, бывшее под симфизом, оказалось внизу; при этом вторая ручка также легко выходит над промежностью.

Нужно помнить, что с момента появления из половой щели нижнего угла лопатки наступает опасность асфиксии плода. Это объясняется тем, что в это время головка вступает во вход в таз и придавливает пуповину к стенкам костного кольца таза. Если ведение родов при тазовом предлежании до момента появления нижнего угла лопатки из половой щели было

выжидательным, то с этого момента все мероприятия акушерки должны быть быстрыми, так как промедление в ведении родов угрожает жизни плода.

После рождения ручек приступают к извлечению головки. Акушерка сажает плод «верхом» на свое предплечье и вводит фалангу указательного пальца в его ротик. Указательный и средний палец другой руки кладут по обе стороны шеи (вилообразно), на плечики и спинку плода и равномерными движениями производят тракции в направлении родовой оси таза.

Ручное пособие при чистом ягодичном предлежании по методу Цовьянова. При доношенном плоде характерно следующее его членорасположение: ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах (вытянуты и прижаты к животу).

Прижимая сокращенные ручки к грудной клетке плода, ножки предохраняют их от запрокидывания; концы же ножек, касаясь личика плода, препятствуют разгибанию головки даже при извлечении плода в случае возникшей необходимости.

Такое расположение ножек превращает тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. Конус этот достигает максимального объема на уровне плечевого пояса и намного превышает объем последующей головки. В этих случаях легко выводится плечевой пояс, освобождаются ручки и головка без труда проводится через наиболее неподатливый участок родового канала — шейку матки.

Н. А. Цовьянов считает необходимым в отличие от общепринятого метода оказания ручного пособия захватывать ягодицы уже в момент их прорезывания. Поддерживая рождающиеся ягодицы, не производят никаких попыток к извлечению плода. Основная цель при поддерживании рождающихся ягодиц — препятствовать ножкам преждевременно родиться (выпасть) из влагалища.

В отличие от старого метода захватывания ягодиц большие пальцы располагаются не на крестце, а на задней поверхности бедер плода, а остальные четыре пальца — на крестце. Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы рук по мере рождения плода передвигаются по направлению к задней спайке, постоянно касаясь её. Сохранение на весь период изгнания плода его ножек вытянутыми и прижатыми к грудной клетке обеспечивает благоприятный исход родов.

При первой позиции плечевой пояс плода входит в поперечный размер таза и, опускаясь ниже, переходит в левый косой размер. В дальнейшем плечевой пояс устанавливается в прямом размере выхода таза. Момент этот соответствует рождению нижнего угла передней лопатки. С этого момента ягодицы направляют несколько на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги передней ручки. Для рождения задней ручки плод снова приподнимают кверху и из крестцовой впадины выводят заднюю ручку, если она сама не выпадает.

При запрокинувшихся ручках прежде всего необходимо освобождать заднюю, находящуюся в крестцовой впадине, куда легче и глубже может проникнуть рука акушера.

Согнутая головка плода вступает в таз в поперечном или косом размере (при первой позиции — в правом, при второй — в левом косом размере). Под защитой вытянутых ножек она проходит беспрепятственно через наиболее опасный для нее участок родового канала — шейку матки — и опускается до тазового дна. В это время ножки плода выпадают из влагалища, и в глубине зияющей половой щели можно увидеть подбородок, ротик и ноздри плода.

С выведением головки, опустившейся до тазового дна, можно не торопиться, так как плод имеет возможность дышать. При энергичной родовой деятельности головка рождается самостоятельно, без всякой помощи со

стороны акушера. Извлечение головки может быть произведено по способу Морисо-Левре.

Ведение родов при ножных предлежаниях по методу Цовьянова. Этот метод основан на использовании известного свойства мускулатуры матки реагировать на препятствие, встречаемое предлежащей частью плода, усилением и учащением родовой деятельности. Чем больше препятствие, которое встречает плод при своем продвижении, тем сильнее проявляется работа брюшного пресса.

При диагностировании ножного предлежания за роженицей устанавливается особое наблюдение с тем, чтобы не допустить рождения (выпадения) наружу ножек плода. Когда в глубине влагалища показываются ножки плода, половую щель роженицы немедленно прикрывают стерильным материалом (пеленкой), акушерка же ладонной поверхностью правой руки, приставленной к вульве, не давя на промежность, систематически, при каждой схватке, оказывает противодействие ножкам, препятствуя рождению их раньше времени.

Для удобства выполнения этой, иногда весьма продолжительной манипуляции акушерке рекомендуется сесть лицом к роженице с правой стороны от нее, локоть правой руки положить на кровать между раздвинутыми бедрами роженицы и ладонной поверхностью той же руки, приставленной к вульве, систематически во время схваток оказывать противодействие ножкам, не давая им родиться раньше времени.

По мере открытия шейки матки ягодицы плода начинают опускаться во влагалище и образуют вместе с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. В результате шейка матки полностью раскрывается, влагалищные своды расправляются и в дальнейшем оттягиваются вверх. Родовой канал роженицы — шейка матки и влагалище — образуют одну сплошную трубку. Продолжающееся противодействие продвижению предлежащей части ведет в дальнейшем к растяжению промежности и широкому раскрытию половой щели. Когда ягодицы опускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушерки. С этого момента дальнейшее противодействие ножкам прекращается. При очередной схватке плод, не встречая препятствий со стороны родовых путей роженицы, большей частью в ту же потугу весь изгоняется наружу.

О наступлении полного открытия маточного зева можно судить по высоте стояния пограничного кольца, а также по поведению роженицы, начинающей болезненно реагировать на растяжение у нее влагалищных сводов. Наблюдение показывает, что продолжительность задерживания плода может быть различной и колеблется в больших пределах — от 30 минут до нескольких часов.

При хорошей потужной деятельности иногда достаточно направлять ягодицы на себя, косо кпереди, чтобы обеспечить рождение головки.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОГО ДЕТСКОГО МЕСТА. Наиболее частые причины — короткая пуповина, травма, токсикозы беременности (альбуминурия), некоторые инфекционные процессы, воспалительные заболевания слизистой оболочки матки, нефрит и др.

Преждевременная отслойка детского места может быть частичной и полной. В первом случае кровотечение может быть незначительным.

При полной отслойке детского места нередко наблюдается значительное кровотечение, внезапная смерть плода, общее тяжелое состояние матери.

Симптомы и течение. Если при предлежании детского места кровотечение бывает наружным и часто облегчает постановку диагноза, то при преждевременной отслойке нормально прикрепленного детского места кровотечение часто бывает только внутренним (внутриматочным).

При подозрении на преждевременную отслойку детского места должны быть учтены все признаки внутреннего кровотечения (резкая бледность женщины, частый, слабый пульс, вздутие и болезненность живота). Матка напряжена, болезненна; отмечаются признаки раздражения брюшины (возможность излития части крови через трубы в брюшную полость, пропитывание мышцы матки кровью, растяжение периметрия).

Лечение. При наличии соответствующих условий (полное открытие, головка в полости или выходе) накладывают щипцы.

Если воды целы, открытие полное или приближается к полному, при подвижной головке делают поворот на ножку, производят извлечение плода и немедленное ручное отделение и выделение последа. При фиксированной глубоко во входе головке прибегают к перфорации, краниоклазии и немедленно извлекают плод. При недостаточном раскрытии шейки — кесарево сечение.

Переливание крови; введение под кожу физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.

Профилактически — пенициллин через 3 часа по 50 000—100 000 ЕД; сульфаниламидные препараты по 1 г четыре раза в день.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ. Плодный пузырь способствует нормальному течению родового акта в смысле постепенного и равномерного сглаживания канала шейки матки и раскрытия зева. При нормальных родах плодный пузырь разрывается в конце периода раскрытия шейки матки. Однако в некоторых случаях разрыв пузыря и отхождение вод происходят еще до начала родовой деятельности, когда наружный зев еще закрыт и шейка еще сохранена. В таких случаях разрыв плодного пузыря называется преждевременным.

Преждевременный разрыв плодного пузыря представляет осложнение родов. Период раскрытия шейки затягивается. Отсутствие вод является благоприятным моментом для внедрения инфекции из влагалища в матку. При длительном безводном периоде нарушается плацентарное кровообращение (внутриутробная асфиксия плода!). В случае преждевременного разрыва плодного пузыря и отхождения околоплодных вод беременная должна быть стационирована. В случае ненаступления родовой деятельности в стационаре назначается стимуляция родов.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (роды после 28 и 39 недель беременности).

Причины: воспаление легких, малярия, заболевание почек, нарушение функции желез внутренней секреции, гиповитаминоз, нервные потрясения, заболевания плаценты, опухоли матки (фибромиомы), недоразвитие половых органов, особенно матки, воспалительные заболевания матки, придатков, токсикозы беременности и др.

Признаки. Схваткообразные боли внизу живота, боли в крестце, наличие кровянистых выделений.

Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и объективного исследования. Учитывается срок последней менструации, первое шевеление плода. Первое шевеление плода ощущается обычно первородящей к 20 неделям, а повторнородящей к 18 неделям беременности. При акушерском исследовании учитывается высота стояния дна матки, окружность живота, а также величина и плотность костей головки. Данные, полученные во время беременности, проверяются после родов по весу и длине родившегося плода.

Плод весом ниже 2,5 кг и длиной меньше 45 см считается недоношенным, а роды преждевременными.

Течение. Нередко наблюдаются осложнения: раннее отхождение вод, кровотечения, быстрые роды при неподготовленности мягких родовых путей, разрывы шейки, задержка детского места.

Профилактика и лечение. При первых же явлениях угрожающих преждевременных родов нужно направить беременную в родильный дом.

Необходимо приостановить начавшиеся сокращения матки. Полный покой (холод и тепло на низ живота противопоказаны). Внутрь бромиды, препараты опия, а при значительно выраженных схватках — наркотики. Назначают T-rae Opii simplicis по 8 капель 2—3 раза в день, бехтеревскую микстуру 3—4 раза в день по одной столовой ложке, порошки следующего состава:

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Antipyrini 0,5
Pyramidoni 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

или

Rp. Natrii bromati
Antipyrini āā 2,0
Pyramidoni 1,0
Coffeini natrio-benzoici 0,6
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 4 раза в день

или

Rp. Inf. rad. Valerianae 10,0 : 200,0
Natrii bromati 3,0
Magnesii sulfurici 0,8
Pyramidoni 0,6
Coffeini natrio-benzoici 0,4
MDS. По 1 столовой ложке 4 раза в день

или, наконец, 1% раствор пантопона 2 раза в день по 0,5 мл.

Хорошо действует прогестерон: первые три дня вводят подкожно по 1 мл (по 5 мг прогестерона) 2 раза в день, а в последующие 7 дней — по одному разу. В случае отсутствия эффекта продолжают лечение прогестероном в течение до 20—24 дней.

Рекомендуется назначение витаминов P и E.

Одновременно выясняют причину (см. выше) преждевременных родов и проводят соответствующее лечение. При наличии кровянистых выделений не нужно забывать о возможности преждевременной отслойки детского места или предлежания плаценты.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ см. *Эклампсия.*

РАЗРЫВ МАТКИ, ШЕЙКИ, ПРОМЕЖНОСТИ. Разрыв матки. Различают разрывы полные и неполные; самопроизвольные и насильственные; угрожающие и совершившиеся.

Полный разрыв. Стенка матки и покрывающая ее брюшина (периметрий) разорваны. Через отверстие в матке в брюшную полость нередко проходит часть плода, а при обширных разрывах выпадает весь плод целиком.

Неполный разрыв. Разрывается мышечный слой тела матки (целиком или частично); брюшина остается целой. Обычно разрыв происходит в области нижнего маточного сегмента; при этом отверстие вскрывается между листками широкой связки.

Самопроизвольные разрывы являются обычно следствием патологических изменений стенок матки. Насильственные разрывы являются следствием вмешательства при родах (поворот на ножку, щипцы и т. д.), травмы.

Причины. Узкий таз, запущенное поперечное положение плода, неправильное вставление головки плода, ригидность шейки матки, патологические изменения стенок матки (дегенеративные, воспалительные), ненормально большая величина предлежащей части, аномалии родовой деятельности.

Угрожающий разрыв матки. Симптомы. Спазматические схватки; резко болезненные сокращения матки почти без пауз при отсутствии поступательного продвижения головки. Стенки нижнего сегмента матки чрезмерно растянуты. Контракционное кольцо стоит высоко, несколько ниже уровня пупка или на уровне пупка; матка принимает форму песочных часов; круглые связки значительно напряжены; роженица возбуждена; испытывает резкие боли; пульс частый, температура несколько повышена.

Ведение родов. К влагалищному исследованию прибегают только по строгим показаниям (производит врач под глубоким наркозом!).

Исключить дальнейшие сокращения матки(!). Дать глубокий наркоз.

При высоко стоящей головке и живом доношенном плоде, при наличии соответствующих условий и отсутствии противопоказаний (инфекции в родах, давно отошедшие воды) производят кесарево сечение.

При мертвом плоде или при наличии противопоказаний к кесареву сечению при живом плоде производят плодоразрушающую операцию. Щипцы противопоказаны(!).

Если акушерка работает самостоятельно (в колхозном родильном доме или на фельдшерско-акушерском пункте), то в случае наступления симптомов угрожающего разрыва матки она должна немедленно ввести роженице 2 мл 1% раствора морфина и срочно вызвать врача.

Признаки совершившегося разрыва матки: внезапное прекращение родовой деятельности, апатия, признаки внутреннего кровотечения (резкая бледность, частый нитевидный пульс), иногда полуобморочное состояние. При пальпации живота отмечается отсутствие строго очерченных контуров матки; матка не напряжена; при полных разрывах матки, когда плод находится в брюшной полости, непосредственно под брюшной стенкой легко прощупываются мелкие части плода.

Лечение. При совершившемся разрыве матки показано немедленное чревосечение, извлечение плода и последа; в зависимости от формы разрыва матки (полный или неполный), обширности разрыва и общего состояния больной, в одних случаях показано удаление матки, а в других — тщательное зашивание разрыва. После операции делают переливание крови, назначают пенициллин в количестве 50 000—100 000 ЕД через 3 часа, сульфаниламидные препараты по 1 г четыре-пять раз в день.

Разрывы шейки матки. Значительные кровотечения при разрывах шейки матки наступают после рождения плода; тело матки при этом хорошо сократилось; консистенция плотная. *В этих случаях осмотр при помощи зеркал совершенно обязателен.* Путем осмотра необходимо удостовериться в том, что произошел разрыв только шейки и что он не распространился выше — на область нижнего маточного сегмента (*разрыв матки*).

При установлении разрыва шейки матки акушерка должна немедленно вызвать врача. До прибытия врача, в случае сильного кровотечения, она туго тампонирует влагалище стерильным марлевым бинтом.

Разрывы промежности. Различают три степени разрывов промежности: разрыв задней спайки входа во влагалище и кожи промежности — первая степень, разрыв промежности до сфинктера прямой кишки — вторая степень и разрыв промежности и сфинктера прямой кишки — третья степень.

Лечение. Послойное зашивание разрыва после родов. Зашивание разрывов промежности производит обычно врач, однако в тех случаях,

когда вызов врача затруднен, зашивание разрывов I и II степени производит акушерка. Наружные половые органы обрабатывают спиртом и йодом, рану обкладывают стерильными салфетками или стерильным полотенцем. На верхний край раны (во влагалище) накладывают шов, который захватывают зажимом и передают помощнику; этот шов служит «держалкой»; два других зажима накладывают с обеих сторон (справа и слева) на местах перехода разрыва со слизистой влагалища на кожу промежности. Растягивая зажимы, обнажают всю рану с тем, чтобы видно было ее дно. Вначале накладывают несколько глубоких погруженных швов из кетгута; после чего отдельными узловатыми кетгутовыми швами соединяют края слизистой оболочки влагалища. Затем снимают зажимы и накладывают отдельные шелковые швы на кожу промежности; вместо шелковых швов на кожу можно наложить металлические скобки. При туалете родильницы рану обмывают стерильным физиологическим раствором или перекисью водорода, осушают, смазывают настойкой йода. Шелковые швы или скобки с промежности снимают на 6—7-й день после зашивания.

РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ ИСКУССТВЕННЫЙ. Операция разрыва плодного пузыря производится в случаях, когда после полного раскрытия шейки матки, вследствие значительной плотности оболочек, плодный пузырь самостоятельно не разрывается; при многоводии, родах двойней, операции поворота на ножку и др.

Разрыв плодного пузыря производится указательным пальцем во время схватки. Если пузырь слабо напряжен, рекомендуется произвести наружной рукой через брюшную стенку массаж дна матки с тем, чтобы вызвать сильную схватку и тем самым повысить напряжение пузыря.

При очень плотных оболочках, когда разорвать их пальцем не удается, прибегают к помощи корнцанга или пулевых щипцов, которые очень осторожно вводят по пальцу во влагалище и под контролем пальца разрывают оболочки. Как правило, пузырь следует рвать в центре. При многоводии в виде исключения, для того чтобы воды не отошли очень быстро (опасность выпадения ручки, пуповины, слишком быстрое уменьшение объема матки), плодный пузырь рекомендуется рвать сбоку.

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ. Рвота наблюдается обычно в первой половине беременности. Легкие степени рвоты не представляют опасности и обычно к 3—4 месяцам беременности прекращаются. Однако можно наблюдать переход обычной рвоты в неукротимую, которая представляет значительную опасность для жизни беременной.

Неукротимая рвота сопровождается резкой интоксикацией организма, особенно поражаются при этом печень и почки.

Симптомы и течение. В начале заболевания отмечается тошнота и незначительная рвота 1—2 раза в день. В дальнейшем рвота учащается, развивается общая слабость, значительное падение в весе, пульс учащен, температура повышена. Диурез резко падает; в моче белок, цилиндры, кровь, ацетон, в крови — накопление оксимасляной кислоты, ацидоз; отмечаются мозговые явления: больная возбуждена, бредит, отмечается апатия или эйфория. В тяжелых и запущенных случаях возможен смертельный исход.

Распознавание. Необходимо исключить другие причины рвоты: заболевание желудочно-кишечного тракта, пищевые интоксикации и т. д.

Лечение. Беременную с тяжелой формой рвоты следует направить в стационар. В этих случаях необходимо назначить постельное содержание, обеспечить полный покой. Рекомендуется растительно-молочная диета, прием пищи малыми порциями 6—8 раз в день, общее облучение кварцевой лампой (на расстоянии 1 м), малые дозы бромидов с кофеином: 1% раствор бромистого натрия 3—4 раза в день по одной столовой ложке и подкожное введение 1 мл 10% раствора кофеина один раз в день в течение 8—10 дней. Хорошие результаты получены также при применении больших доз бромидов (ежедневно по 1 мл 10% раствора внутривенно или

по 4—5 мл в виде микроклизмы). Внутривенно вводят хлористый кальций (10 мл 10% раствора), 50 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, под кожу — физиологический раствор или 5% раствор глюкозы по 1 л 1—2 раза в день. Витамин B_6 (пиридоксин) вводят внутрь по 0,01 г три раза в день или внутримышечно 0,025 г один раз в день.

При отсутствии эффекта от перечисленных мероприятий при наличии ацетона в моче, стойком повышении температуры выше 37,5°, стойком учащении пульса выше 100 ударов в минуту, похудании беременность необходимо прервать.

РЕЖИМ САНИТАРНЫЙ АКУШЕРСКОЙ КОЙКИ. Санитарно-гигиеническое содержание родильной койки играет огромную роль в профилактике послеродовых инфекционных заболеваний. Строгий санитарный режим акушерской койки — при поступлении беременной (роженицы) в родильный дом, в течение всего пребывания ее в родильном доме и после выписки — является незыблемым правилом. Поэтому медицинская сестра должна точно соблюдать следующий порядок.

Смотровую кушетку перед обследованием каждой поступающей женщины застилают свежей подстилкой. Подкладную клеенку после каждого осмотра женщины протирают дезинфицирующим раствором, а клеенчатый тюфяк на кушетке ежедневно моют теплой водой с мылом. В родильной комнате клеенчатый тюфяк после каждых родов протирают теплой мыльной водой для удаления остатков крови, затем раствором сулемы или лизоформа и застилают чистой подкладной клеенкой и стерильной подстилкой.

В случае повышения температуры, появления патологических выделений или признаков какой-либо инфекции роженицу переводят в сомнительное (второе) отделение.

Подкладную клеенку каждой женщины тщательно моют в моечной комнате текучей струей теплой воды на установленной наклонной доске (бетонной или деревянной) с помощью мыла и щетки, а затем обмывают раствором сулемы и просушивают на специальной стойке.

После выписки родильницы клеенку, целиком покрывающую одну сторону матраца (пришитую к нему), протирают теплой водой, а затем раствором сулемы или лизоформа; матрац выносят на двор и развешивают под открытым навесом или в сарае на специальных стойках. Проветривание после нормально рожавших женщин длится 12 часов. Койку протирают мокрой тряпкой, а если у лежащей на ней женщины была повышена температура — раствором сулемы. При наличии дезинфекционной камеры матрац после лихорадившей женщины сдают в дезинфекцию, клеенку же отпарывают и подвергают дезинфекции упомянутым выше методом.

В сомнительном отделении, а также после лихорадивших или умерших родильниц указанная обработка проводится обязательно под наблюдением дежурной сестры; койки моют и протирают сулемой после каждой родильницы, а матрацы (при отсутствии дезинфекционной камеры) выносят для проветривания на 48 часов.

У каждой родильницы должно иметься отдельное подкладное судно с номером, соответствующим данной койке. После выписки каждой родильницы судно тщательно дезинфицируют, для чего сначала ополаскивают его водой под краном, а затем стерилизуют паром или кипятят.

При отсутствии кипятильников судно после мытья протирают одним из дезинфицирующих растворов: хлорамином, лизолом, сулемой.

Белье, снятое с лихорадившей женщины, сосчитывают отдельно и, перед тем как отправить в прачечную, предварительно замачивают в растворе лизола в баке, накрытом крышкой. Теплые одеяла и подушки после выписки родильниц выносят на двор или в сарай, вытряхивают и проветривают в течение 12 часов, а после лихорадивших родильниц сдают в дезинфекционную камеру. При отсутствии камеры подушки проветривают в течение 48 часов, а одеяла сдают в стирку.

—

РОДЫ. Роды представляют собой физиологический процесс, в результате которого происходит рождение всего плодного яйца, т. е. плода, плаценты и оболочек. Родовой акт делится на три периода: 1) период раскрытия, 2) период изгнания и 3) последовый период.

Продолжительность родов в среднем у первородящих 20—24 часа, из которых 18—20 часов приходятся на период раскрытия, а 2—4 часа — на период изгнания; у повторнородящих роды в среднем длятся 10—12 часов, из которых $1/2$—1 час падает на период изгнания.

Раскрытие шейки матки осуществляется за счет ритмических сокращений матки (родовые схватки) и действия плодного пузыря, который постепенно и систематически внедряется в шеечный канал и способствует, таким образом, раскрытию шейки. Раскрытие шейки у первородящих и повторнородящих происходит различно. У первородящих процесс раскрытия протекает следующим образом. Вначале шейка истончается — происходит так называемое сглаживание шейки; когда шейка сглажена, начинается процесс раскрытия. У повторнородящих процессы сглаживания и раскрытия протекают одновременно.

Степень раскрытия шейки определяется при влагалищном исследовании: если шейка пропускает один палец, говорят, что она раскрыта на один палец, если канал пропускает два пальца, говорят о раскрытии на 2 пальца; когда канал шейки пропускает 4 пальца, говорят о полном раскрытии шейки.

Согласно решению 4-го пленума Совета по родовспоможению (1952), каждой поступающей роженице производят влагалищное исследование и повторяют его после отхождения вод.

Кроме того, влагалищное исследование в родах показано при появлении кровянистых выделений, отсутствии продвижения предлежащей части плода, несмотря на хорошо выраженную родовую деятельность, перед акушерскими операциями и т. д.

При влагалищном исследовании определяют степень раскрытия и сглаженности шейки матки, целость плодного пузыря, предлежащую часть плода, ее особенности, отношение ее к тазу матери, величину диагональной конъюгаты.

В норме, когда шейка полностью раскрыта, на высоте одной из схваток (сокращения матки) происходит разрыв пузыря и отходят так называемые передние воды, т. е. те воды, которые скопляются между головкой плода и плодным пузырем. Задние воды отходят после рождения плода. Если плодный пузырь разорвался до полного открытия шейки, воды отходят ранее срока. Такое раннее отхождение вод является неблагоприятным симптомом, так как предстоят так называемые сухие роды, в связи с чем увеличивается опасность восхождения инфекции в полость матки.

Когда период раскрытия закончился, начинается период изгнания плода. Изгнание плода осуществляется за счет сокращения матки и работы брюшного пресса. Таким образом, получается комбинированное (в отношении изгоняющих сил) воздействие на плод, которое составляется за счет двух моментов: внутриматочного и внутрибрюшного давления. В период изгнания роженица начинает тужиться, при этом она должна упереться ступнями ног в кровать, прижать подбородок к груди; таким путем увеличивается внутрибрюшное давление. Головка постепенно подвигается книзу и кпереди и начинает во время схваток показываться в половой щели. Вне схваток головка отходит несколько назад. Головка постепенно начинает прорезываться из половой щели. После рождения головки весьма быстро проходит туловище плода, и второй период родов, т. е. период изгнания плода, заканчивается.

Самым трудным и ответственным моментом в акте родов является рождение головки.

Для того чтобы правильно оценить ход родов и ориентироваться в динамике родового акта, необходимо знать механизм прохождения головки через таз (см. *Головка плода, размеры* и *Таз женский*).

Рассмотрим механизм родов при наиболее часто встречающемся переднем виде затылочного предлежания. В начале периода изгнания стреловидный шов стоит в поперечном размере входа в таз (при первой позиции плода большой родничок находится справа, малый — слева).

В механизме родов мы различаем четыре момента: 1) сгибание, 2) внутренний поворот, 3) разгибание и 4) наружный поворот. При сгибании подбородок плода прижимается к груди, большой родничок поднимается кверху, малый родничок опускается книзу. Малый родничок будет являться проводной точкой, так как будет все время проходить по проводной оси таза. Затем головка производит внутренний поворот, который заключается в том, что стреловидный шов перемещается из поперечного размера при входе в таз сначала в косой размер (правый — при первой позиции плода) полости таза и, наконец, в прямой размер выхода таза. К этому времени большой родничок обращен кзади — к крестцовой впадине, а малый родничок кпереди — к лонному сочленению. Так заканчивается внутренний поворот. Стреловидный шов находится в прямом размере выхода таза. Продолжаются дальнейшие поступательные движения головки. Впереди идет затылок и малый родничок (проводная точка). Эти поступательные движения продолжаются до тех пор, пока под лоно подойдет подзатылочная область. Этим отделом головка упирается в лоно и начинает разгибаться. Таким образом, точкой фиксации является подзатылочная область. Затем наступает четвертый момент, т. е. наружный поворот. Головка поворачивается затылком к бедру матери (при первой позиции плода затылком к левому бедру и лицом к правому бедру матери). Вслед за рождением головки довольно быстро происходит рождение плечиков и всего туловища плода. В то время, когда головка только врезывается, можно не применять никаких приемов, а лишь тщательно наблюдать за поступательным ее движением.

Защита промежности начинается только тогда, когда головка врезалась, т. е. когда она остается видимой и вне схватки (не уходит обратно). Для профилактики разрывов промежности пользуются следующими приемами. Ладонь левой руки кладут на выступающую часть головки и при каждой потуге стараются препятствовать быстрому прорезыванию головки и преждевременному ее разгибанию. Этим приемом способствуют выхождению затылка из-под симфиза. Правую руку кладут на край промежности, покрытый стерильной салфеткой, так, чтобы большой палец был широко отогнут от остальных четырех пальцев.

Не следует грубо надавливать ладонью правой руки на промежность. Основное значение имеет работа левой руки, так как ею можно не только препятствовать быстрому прорезыванию головки, но и способствовать ее сгибанию с тем, чтобы она прорезалась наименьшим своим размером.

После рождения плода перевязывают пуповину и обрабатывают глаза новорожденного (влить в оба глаза по 1—2 капли 2% раствора ляписа). Однако родовой акт еще не закончен. Предстоит провести так называемый последовый период, т. е. период от рождения ребенка до рождения последа. В последовом периоде, если нет сильного кровотечения, акушерка не должна вмешиваться, выжидая самостоятельного рождения последа. При этом необходимо наблюдать за пульсом роженицы и количеством теряемой ею крови. Если кровопотеря превышает 200—300 мл, необходимо ускорить отделение и выделение плаценты. Возможно, что плацента уже отделилась от стенки матки, но еще не выделилась из ее полости.

Какие же существуют признаки для суждения о том, отделилась ли плацента или нет? Когда плацента еще не отделилась, матка обычно имеет круглую форму. Если плацента отделилась и находится в нижней половине матки, тело ее вытягивается и приобретает форму песочных часов.

Можно наблюдать за тесьмой, которой перевязана пуповина. Если тесьма опускается, это значит, что плацента отделилась, но еще не выделилась. Можно использовать еще и следующий способ: ребром ладони надавливают на живот над лобком. Если при этом пуповина вытягивается, значит плацента еще не отделилась, в противном случае говорят об отделившейся плаценте.

Если нет кровотечения, выжидают около часа. Однако по истечении часа для выделения отделившейся плаценты можно прибегнуть к приему Абуладзе.

Если же метод Абуладзе не дает положительного результата, необходимо применить метод Лазаревича-Креде. Если брюшная стенка сильно напряжена и больная противодействует проведению метода Лазаревича-Креде, можно применить этот метод под наркозом. Если даже под наркозом выделить плаценту не удается, производят ручное отделение последа (см. *Задержка плаценты*).

После самостоятельного рождения, так же как и после выделения последа по Абуладзе, Лазаревичу-Креде или при помощи какого-либо другого метода, нужно тщательно осмотреть послед для того, чтобы убедиться в его целости. Если плацента вышла не вся целиком, необходимо произвести ручное обследование полости матки и удалить из нее остатки плацентарной ткани. Задержавшиеся в матке кусочки оболочек удалению не подлежат — они сами выделяются с послеродовыми лохиями.

После рождения последа женщина остается 2—3 часа в родильной комнате (возможность кровотечения), после чего переводится в отделение для родильниц.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности.

Первичной родовой слабостью называется недостаточная родовая деятельность, проявляющаяся с самого начала родового акта, вторичной родовой слабостью — ослабление или прекращение родовой деятельности после некоторого времени значительно и хорошо выраженной родовой деятельности.

Причинами первичной слабости родовой деятельности является слабость маточной мускулатуры (инфантилизм), чрезмерное растяжение стенок матки (многоводие, многоплодие), наличие опухоли матки (фибромиома), уродства матки (двурогая матка), недостаточная или неправильная функция желез внутренней секреции, переполнение мочевого пузыря, психогенные факторы (боязнь родовой боли) и др.

Вторичная родовая слабость может зависеть от тех же причин, но к ним нужно присоединить еще усталость роженицы, наличие препятствий к продвижению предлежащей части плода (узкий таз, опухоли в области малого таза), для преодоления которых организм произвел вначале интенсивную работу в виде активных сокращений матки, что в последующем привело к усталости, истощению маточной мускулатуры.

Осложнения. Особенно после отхождения околоплодных вод (сухие затяжные роды): инфицирование родовых путей, некротизация мягких тканей матери в результате длительного прижатия их к костным стенкам таза, возможность асфиксии плода, недостаточная сократительная способность матки в последовом и послеродовом периоде и т. д.

Лечение. Роженицу заставляют часто опорожнять мочевой пузырь, а если ей не удается, опорожняют его путем катетеризации.

При отсутствии полного раскрытия шейки назначают дробные дозы питуитрина по 0,2 мл через каждые 30 минут 5 раз (всего 1 мл). Вместо питуитрина с хорошим эффектом применяют маммофизин в тех же дозах. Весьма часто инъекции питуитрина или маммофизина сочетают с приемом касторового масла. Вначале дают две столовые ложки касторового масла, а через 4 часа приступают к впрыскиванию питуитрина или маммофизина, как было указано выше.

При первичной родовой слабости и целости плодного пузыря рекомендуется впрыснуть внутримышечно 20 000 ЕД фолликулина и 2 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; внутривенно вводят 40—50 мл 40% раствора глюкозы.

Через 2 часа производят инъекции дробных доз (по 0,2 мл) питуитрина или маммофизина, как было указано выше.

При полном раскрытии шейки, когда головка плода уже опустилась в полость таза, можно сразу ввести 1 мл питуитрина или маммофизина, чего нельзя делать при отсутствии полного раскрытия шейки матки, так как после инъекции 1 мл питуитрина или маммофизина могут наступить бурные роды и при недостаточном раскрытии шейки — произойти разрыв матки.

Противопоказаниями к применению питуитрина и маммофизина являются: перерастяжение нижнего маточного сегмента (угроза разрыва матки), неправильное положение плода (поперечное, косое), неправильное вставление (лобное, лицевое, переднетеменное), значительно выраженное сужение таза, гидроцефалия, преэклампсия, эклампсия, гипертония, наличие механических препятствий к продвижению предлежащей части плода, асфиксия плода.

При вторичной родовой слабости рекомендуется: внутримышечная инъекция витамина B_1 — 1 мл 0,5% раствора, внутримышечная инъекция 2 мл 3% раствора пахикарпина, инъекции питуитрина или маммофизина. В тех случаях, когда вторичная слабость наступает после длительной и безрезультатной сократительной деятельности матки, при наличии общей усталости роженицы и явлений переутомления мускулатуры матки, необходимо дать роженице возможность отдохнуть. В таких случаях вводят 1 мл 2% раствора пантопона.

После некоторого отдыха может наступить весьма активная родовая деятельность.

СРОК БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. Срок человеческой беременности колеблется между 240—300 днями; точное время зачатия установить трудно, поэтому для определения срока беременности необходимо очень тщательно обследовать беременную и учесть ряд обстоятельств. Лучше всего, когда беременная женщина находится с первых недель беременности под наблюдением консультации. Это дает возможность наиболее правильно определить сроки беременности и родов. Ориентировочный срок наступления родов учитывают следующим образом: отсчитывают от первого дня последней менструации 3 месяца назад и прибавляют 7 дней. Например, если первый день последней менструации был 15 октября, то, отсчитав три месяца назад (сентябрь, август и июль) и прибавив 7 дней, мы получим срок родов 22 июля.

В первые два месяца срок беременности определяется по последней менструации, а также по форме и величине матки. В конце III месяца беременности дно матки прощупывается над верхним краем лона. В конце IV месяца беременности дно матки прощупывается на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения. В конце V месяца беременности дно матки определяется посредине между лоном и пупком. В конце VI месяца беременности дно матки стоит на уровне пупка. В конце VII месяца беременности дно матки определяется на 3 поперечных пальца выше пупка. В конце VIII месяца беременности дно матки прощупывается посредине между пупком и мечевидным отростком. В конце IX месяца беременности дно матки определяется под мечевидным отростком. В конце X месяца беременности дно матки опускается и прощупывается посредине между мечевидным отростком и пупком, т. е. на том месте, на котором оно стояло в конце VIII месяца беременности. Измерение высоты стояния дна матки над лоном лучше производить сантиметровой лентой. Высота стояния дна матки в сантиметрах, в соответствии с месяцем беременности, отражена в таблице.

Срок беременности	Расстояние между верхним краем лона и дном матки в см
Конец IV месяца	6
» V »	12
» VI »	20—24
» VII »	24—28
» VIII »	28—30
» IX »	32—34
» X »	28—30

Кроме того, нужно учесть, что к концу беременности окружность живота увеличивается и к этому времени равна 96—97 см. Высота стояния дна матки в 35—36 недель беременности приближается к мечевидному отростку. В 35 недель беременности дно матки обычно стоит на 2—3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, а в 36 недель у мечевидного отростка. Если измерить сантиметровой лентой расстояние от лона до дна матки, то к 35—36 неделям беременности это расстояние равняется 31—33 см. Головка плода у первородящих к началу X лунного месяца беременности, т. е. к 36 неделям беременности, уже не баллотирует — она плотно прижата ко входу в таз. У повторнородящих головка баллотирует почти до самого конца беременности. Окружность живота к 36 неделям беременности равна 92 см. К этому времени начинает сглаживаться пупок.

Таким образом, срок дородового отпуска устанавливается не на основании только одного признака, а на основании комплекса указанных признаков. Однако бывают случаи, когда на основании указанных выше данных трудно решить вопрос о предоставлении дородового отпуска. В таких случаях этот вопрос решается консультативно двумя или тремя врачами на основании добавочных исследований.

СХВАТКИ СУДОРОЖНЫЕ. Продолжительные, почти без пауз резкоболезненные схватки наступают главным образом в результате растяжения нижнего маточного сегмента, при узком тазе, при запущенном поперечном положении плода, в результате грубого влагалищного исследования, назначения во время родов препаратов спорыньи (эрготина) и др.

Течение. Роженица беспокойна, схватки следуют одна за другой; в промежутках матка не расслабляется — остается в состоянии длительного судорожного сокращения. Роды не продвигаются. При сокращении матки нарушается плацентарное кровообращение и создается угроза асфиксии плода. Судорожные сокращения матки в последовом периоде могут повести к ущемлению плаценты.

Лечение. Вначале применяют инъекцию промедола — 1 мл 1% раствора подкожно, а в случае отсутствия эффекта — эфирный наркоз.

При запущенном поперечном положении плода, узком тазе и явлениях угрожающего разрыва матки родоразрешение проводят под глубоким наркозом (см. *Разрыв матки*).

ТРАВМАТИЗМ В РОДАХ, ПРОФИЛАКТИКА. В целях организации успешной борьбы с осложнениями при родах и предупреждения тяжелого акушерского травматизма требуется особо внимательное и квалифицированное обслуживание беременных, рожениц и новорожденных.

Для предотвращения тяжелых осложнений во время беременности и родов и в особенности для предупреждения образования свищей и разрывов матки необходимо руководствоваться следующими положениями.

Врачи-акушеры-гинекологи как в городах, так и в сельских местностях, врачи сельских врачебных участков, акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов обязаны брать на учет

всех беременных, проживающих в районе их деятельности, с первых месяцев беременности. С целью систематического наблюдения за течением беременности в первой ее половине необходимо производить ежемесячный осмотр женщин, а в последние два месяца осматривают их через каждые две недели.

При первом же посещении беременной должно быть уделено особое внимание данным анамнеза (рахит, костные заболевания и повреждения таза, течение и исходы предшествующих беременностей и родов, вес новорожденных, причина мертворождений, перенесенные воспалительные заболевания половых органов, аборты, особенно криминальные).

Наряду с методами наружного акушерского обследования беременной (размеры таза, высота стояния дна матки, окружность живота и т. п.) необходимо применять и влагалищное исследование. Последнее производят при первом же посещении с целью измерения диагональной конъюгаты, выявления опухолей в малом тазу, экзостозов и других костных изменений таза, а также для выявления грубых рубцовых изменений мягких родовых путей, препятствующих естественному родоразрешению. В сомнительных случаях беременная должна быть направлена для более детального обследования в родильный дом.

Необходимо организовать особый учет (картотеку) и тщательное систематическое наблюдение за беременными с неправильным положением плода (поперечным, косым), с узким тазом, а также с неблагоприятным акушерским анамнезом (осложненные предшествующие роды). Таких беременных необходимо систематически патронировать, направлять в отделения (палаты) для беременных не позже чем за 2 недели до родов и обязательно контролировать своевременность их поступления в родильный дом.

Акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов должны обязательно консультировать у врача участка или районного акушера-гинеколога всех беременных женщин, в течении беременности которых имеются какие-либо отклонения.

Если участковый врач затрудняется поставить диагноз и решить вопрос о прогнозе родов, то он должен направить беременную для обследования, а если нужно и для стационарного наблюдения в районный центр к врачу акушеру-гинекологу.

При направлении беременной в стационар необходимо выдать обменную карту, в которую заносятся все данные анамнеза, особенности течения беременности, размеры таза, данные анализов мочи, крови и т. п.

При поступлении в родильный дом беременная с узким тазом, неправильным положением плода и другими отклонениями, грозящими патологическим течением родов, должна подвергнуться очень тщательному обследованию (подробный анамнез, наружное и внутреннее измерение таза при возможности, рентгенография таза и головки плода и пр.). Одновременно составляют план ведения родов, который заносят в историю родов.

При неблагоприятном течении предшествовавших родов (мертворождение, плодоразрушающая операция), если возникают сомнения в соответствии таза матери и головки плода, следует тщательно взвесить возможность самостоятельного родоразрешения. При значительном несоответствии таза и головки и настойчивом желании женщины иметь живого ребенка необходимо совместно с руководителем учреждения обсудить вопрос о возможности абдоминального родоразрешения (кесарево сечение).

При возникновении осложнения в течении родов нужно провести мероприятия, направленные на сохранение здоровья матери и ребенка. Лишь в исключительных случаях для предупреждения значительного травматизма матери приходится прибегать к плодоразрушающим операциям.

ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО. После перевязки пуповины *(см.)*, еще на родильной кровати, на руку ребенка надевают браслетку с обозначением

пола, даты рождения, имени, отчества и фамилии матери, номера истории родов. Матери сообщают пол ребенка, после чего ребенка заворачивают в согретую стерильную пеленку и переносят на детский стол, где под лучами лампы-рефлектора на стерильной пеленке и одеяле, заранее согретых грелкой, немедленно производят туалет пуповины новорожденного.

После обработки пуповины стерильной ватой или марлей, смоченной стерильным вазелиновым маслом, осторожно снимают с новорожденного излишки первородной смазки, главным образом в области кожных складок шеи, подмышками и в паховой области. Измеряют рост и вес новорожденного, после чего его пеленают и заворачивают в одеяло (в первые дни голову и руки покрывают пеленкой, а в дальнейшем руки оставляют свободными). На шею поверх одеяла надевают «медальон» из клеенки, на котором обозначают фамилию матери, номер истории родов и пол ребенка. Затем новорожденного передают в детское отделение.

Медицинская сестра детского отделения (детской комнаты), принимая ребенка, вписывает в историю его развития, кого она приняла — мальчика или девочку, отмечает год, месяц, число и час поступления новорожденного и его состояние. Листок должен быть подписан сестрой. Все эти сведения она скрепляет своей подписью.

Уборка новорожденного производится перед утренним кормлением. Сестра отделения новорожденных сличает номера на медальоне и браслетках новорожденного, проверяет его вес, который регистрирует в истории развития. Лицо ребенка протирают кипяченой водой, глаза — слабым раствором марганцовокислого калия (1 : 8000), который ежедневно меняют. Сестра осматривает все складки кожи и смазывает их стерильным жидким вазелиновым или растительным маслом.

Термометры после каждого измерения температуры обмывают текучей струей воды и хранят в стакане с 2% раствором лизола (лизоформа). Данные о температуре, состоянии глаз, кожи, стула и т. д. медицинская сестра заносит на первую страницу истории развития новорожденного. После утреннего туалета сестра кипятит все кружки, чашки, пинцеты, корнцанги и меняет раствор лизола (лизоформа), в котором хранятся термометры, корнцанги.

ТРЕЩИНЫ СОСКОВ. Трещины сосков могут наступить как во время беременности, так и вне ее, но чаще они возникают в период кормления. При сосании происходит смачивание кожи сосков и мацерация их покровов. Рациональная профилактика и лечение трещин сосков являются актуальной задачей медицинского персонала, так как правильные мероприятия в этом отношении предупреждают мастит.

Профилактика. Строго следить во время беременности за чистотой молочных желез, особенно сосков; два раза в день обмывать соски кипяченой водой и смазывать стерильным вазелиновым маслом, соблюдая при этом все правила асептики. Плоские соски два раза в день вытягивать; бюстгальтер должен точно соответствовать размеру молочных желез. После каждого кормления тщательно обмывать соски слабым раствором борной кислоты, вытирать насухо и прикладывать стерильную марлю, смоченную стерильным вазелиновым маслом.

Лечение. При трещинах сосков кормление следует производить через накладку. После каждого кормления прикладывать синтомициновую эмульсию.

УЗКИЙ ТАЗ. Узким тазом называется такой таз, в котором один из размеров укорочен на 2 см. К узкому тазу относятся тазы с наружной конъюгатой ниже 18 см. Это определяет анатомическую особенность узкого таза. Однако анатомический таз не определяет еще возможности различных осложнений в родах. Практически важно учитывать клинически узкий таз, т. е. несоответствие величины головки плода размерам таза матери — когда размеры головки превышают

размеры таза. Практически такие несоответствия наблюдаются в 2—3% всех родов. Однако определение размеров таза во время беременности все же является опорным моментом суждения о возможности осложнений в родах.

Формы узкого таза:

1. Общеравномерносуженный таз, все размеры которого одинаково сужены, обычно на 1—2 см. Такой таз пропорционален во всех своих размерах. Общеравномерносуженный таз встречается у женщин небольшого роста (миниатюрные, инфантилизм), но пропорционально сложенных.

2. Простой плоский таз. Все прямые размеры укорочены вследствие того, что крестец приближен к симфизу. Резкие изменения форм тазовых костей отсутствуют.

3. Общесуженный плоский таз является в известной мере сочетанием общесуженного и плоского таза. Все размеры таза ниже нормы, но преобладает сужение прямых размеров.

4. Плоскорахитический таз. Этиология — рахит. Прямые размеры входа в таз укорочены. Крестец только своей верхней частью вдается вперед по направлению к симфизу, крестец уплощен, уширен, утончен, укорочен.

Для принятия профилактических мер женщины с узким тазом во время беременности должны быть взяты на специальный учет женской консультации. По степени сужения, в соответствии с величиной истинной конъюгаты, тазы делятся на следующие три группы (по В. С. Груздеву):

I группа: легкая степень относительного сужения таза. Истинная конъюгата от 10 до 8 см включительно. При тазах с такой конъюгатой возможны самопроизвольные роды.

II группа: резкая степень относительного сужения таза. Истинная конъюгата ниже 8 см и выше 6 см. Самопроизвольные роды доношенным плодом невозможны. Родоразрешение живым доношенным плодом возможно лишь путем кесарева сечения. В случае несогласия женщины или при наличии противопоказаний к кесареву сечению приходится прибегать к плодоразрушающей операции.

III группа: абсолютное сужение таза. Истинная конъюгата равна 6 см и ниже. Родоразрешение возможно только путем кесарева сечения, так как даже путем кускования плода невозможно извлечение его через родовые пути.

Беременность при узком тазе протекает с рядом особенностей. Ввиду несоответствия головки плода размерам таза матери наблюдается отвислый (у повторнородящих) или остроконечный (у первородящих) живот. При узком тазе часто наблюдается неправильное положение плода, а также неправильное вставление предлежащей части плода, частая перемена положения плода и, наконец, что очень важно в диагностическом отношении, баллотирование головки вплоть до родов.

Роды при узком тазе протекают с рядом отклонений от нормы. При этом наблюдается раннее отхождение вод, выпадение мелких частей плода, длительный период вставления, отек шейки матки, слабость родовой деятельности. При общеравномерносуженном тазе механизм родов отличается тем, что головка проходит через тазовое кольцо в резкой флексии (сгибание). Большая флексия и значительная конфигурация костей черепа при нерезко выраженном сужении и хорошей родовой деятельности дают возможность самостоятельно закончить родовой акт. При плоских тазах механизм родов значительно отличается от такового при нормальном тазе. Отличительными моментами являются разгибание головки и опускание большого родничка, асинклитическое вставление головки.

Роды при узком тазе часто приводят к ряду осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода (образование свищей, угроза разрыва матки, асфиксия, кровоизлияние в мозг).

ЭКЛАМПСИЯ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ (ECLAMPSIA, PRAEECLAMPSIA). Тяжелый токсикоз второй половины беременности, характеризующийся наступлением судорог. Наиболее типичным признаком эклампсии являются клонические судороги мышц лица, а затем и всего тела. Различают эклампсию во время беременности, во время и после родов. У больной отмечают отеки, белок в моче и повышенное артериальное давление.

Течение. Наступлению эклампсии предшествует ряд нерезко выраженных явлений, которые представляют как бы продромальную стадию возможного эклампсического припадка. Это состояние называется эклампсизмом, преэклампсией.

Нередко эклампсии предшествует водянка беременных, нефропатия *(см.)*. Быстро нарастающий отек, наличие высокого артериального давления (140—150 мм и выше) являются признаками, свидетельствующими о возможности развития эклампсии. При описанных симптомах женщина должна быть немедленно госпитализирована для проведения соответствующего лечения (диетический режим, покой, внутримышечные инъекции 25% раствора сернокислой магнезии по 20 мл 2—3 раза в день, кровопускание по показаниям и др.).

Если явления эклампсизма нарастают (повышается артериальное давление, нарастают отеки, увеличивается количество белка в моче, наступает головная боль, падает зрение вследствие спазма сосудов и изменений со стороны глазного дна, появляется рвота), внезапно наступает эклампсический припадок. Беременная падает; появляются судороги мышц лица. Фибриллярные подергивания лицевых мышц постепенно распространяются на мышцы конечностей и туловища и переходят в значительно выраженные тонические судороги. Появляется резкая синюшность лица вследствие затруднения или даже прекращения дыхания; зрачки расширяются; больная находится в бессознательном состоянии. Кульминационный пункт припадка и остановка дыхания продолжаются от 30 секунд до 1 минуты. Весь припадок в целом может продолжаться 2—3 минуты. Затем судороги постепенно уменьшаются в своей интенсивности, больная производит глубокий вдох, изо рта выделяется белая пена, иногда окрашенная кровью (вследствие прикусывания языка). Постепенно дыхание восстанавливается и синюшность исчезает. Через некоторое время больная приходит в сознание. Впрочем, в тяжелых случаях даже в промежутках между припадками больная остается в бессознательном состоянии. Чем меньше количество припадков, тем обычно лучше прогноз. Уменьшение количества белка, снижение артериального давления, увеличение количества мочи (повышение диуреза) являются благоприятными прогностическими признаками. В тех случаях, когда больная не приходит в сознание, припадки часто повторяются, количество белка в моче увеличивается, артериальное давление не понижается, больная может погибнуть от отека легких, асфиксии, кровоизлияния в мозг, а также вследствие перерождения жизненно важных паренхиматозных органов (печень, почки), а нередко и от присоединяющейся инфекции (сепсис, пневмония).

Лечение. Ввиду того что малейшее раздражение (внутреннее исследование, всевозможные манипуляции — клизмы, инъекции) и даже незначительный шум и свет вызывают повторение и учащение эклампсических припадков, больную необходимо немедленно изолировать в отдельную комнату с глухо закрывающейся дверью, а еще лучше с тамбуром; окна завешивают специальными шторами или, если таковых нет, одеялами, не пропускающими света; свет от лампы должен быть неярким, а настольная лампа покрыта колпаком. Больную укладывают в теплую кровать и все ее тело, в особенности область почек, обкладывают грелками.

В комнате должно быть все приспособлено для инъекций. Кроме того, здесь должна иметься подушка с кислородом. Необходимо обеспечить неотлучное наблюдение акушерки.

Если больная поступила в стадии преэклампсии, ей назначают ограниченный прием жидкости (100—120 мл в сутки), полностью исключают из рациона поваренную соль, предписывают голодание, внутрь дают 25 г сернокислой магнезии (для выделения жидкости через кишечник) и люминал 0,1 г два-три раза в день, эуфиллин по 0,15 г 3 раза в день, внутримышечно 3 раза в день вводят по 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Вдыхание кислорода. Если больная поступила в стационар при наличии у нее припадков эклампсии, к лечению приступают сразу с момента поступления, так как *лечение при эклампсии является профилактикой возможных следующих припадков*. Все манипуляции (инъекции, клизмы и т. д.) производят под легким эфирным наркозом. При первых же признаках наступающего припадка между челюстями должен быть вставлен резиновый брусок или же ручка ложки, несколько раз обернутая марлей во избежание прикусывания языка.

Общепризнан консервативный метод лечения эклампсии, и при наличии условий для бережного родоразрешения желательно закончить роды. Эти условия следующие: предлежащая часть находится низко в полости или в выходе таза, полное открытие — наложение выходных щипцов, перинеотомия; при ягодичном предлежании — извлечение плода за тазовый конец.

Схема лечения эклампсии по В. В. Строганову. Соблюдение полного покоя. Подкожно вводят 1 мл 1% раствора морфина. Через час после первой инъекции — внутримышечно 30 мл 20% раствора сернокислой магнезии. Через 3 часа после первой инъекции — 1 мл 1% раствора морфина. В дальнейшем через каждые 4 часа, но не более четырех раз в течение суток, — по 30 мл 20% раствора сернокислой магнезии внутримышечно.

Схема лечения эклампсии по Д. П. Бровкину. Каждые четыре часа (не более 4 раз в сутки) — внутримышечное введение по 30 мл 20% раствора сернокислой магнезии. Морфин не применяется (как антидиуретическое средство).

В случае отсутствия эффекта рекомендуется кровопускание из локтевой вены 400—500 мл после предварительного определения процента гемоглобина. При низком проценте гемоглобина (ниже 50), особенно перед предстоящими родами, не следует делать массивных кровопусканий, так как во время родов может наступить значительное кровотечение, которое может оказаться весьма тяжелым для больной.

В тех случаях, когда консервативные методы лечения не дают эффекта, при ухудшении общего состояния больной и при отсутствии условий для родоразрешения влагалищным путем, т. е. в исключительных случаях, производят кесарево сечение.

Если припадок начался на дому или на фельдшерско-акушерском пункте, больную необходимо срочно транспортировать в ближайшую больницу или родильный дом, а в тяжелых случаях — срочно вызвать к ней врача. До прибытия врача или до транспортировки больной акушерка обязана начать лечение по схеме Строганова или Бровкина.

Врача необходимо предупредить о причине вызова.

ЯЗВЫ ПОСЛЕРОДОВЫЕ (ULCERA PUERPERALIA). *Симптомы*. Образование язв, покрытых сероватым гнойным налетом, в области промежности и влагалища; отек вульвы, гнойные выделения; чувство жжения во влагалище; субфебрильная температура.

Распознавание. Диагноз ставят, основываясь на приведенных выше симптомах. Исключить сифилитические и дифтеритические язвы (бактериоскопическое и бактериологические исследования налета).

Лечение. Лед на промежность; тщательная сухая уборка; присыпка порошком белого стрептоцида; освещение промежности кварцевой лампой, пенициллиновая мазь.

Профилактика. Тщательиое зашиваиие разрывов промежиости и шейки матки после родов; смазываиие мест разрывов и трещии стрептоцидовой или пенициллииовой мазью.

Rp. Streptocidi albi 10,0
Ol. Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Penicillini 50 000 ЕД
Ol. Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

ГЛАВА IX

ЖЕНСКИЕ БОЛЕЗНИ

АДНЕКСИТ (ADNEXITIS). ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ТРУБ И ЯИЧНИКОВ). Заболевание только труб или только яичников наблюдается крайне редко. Обычно отмечается комбинированное поражение придатков, т. е. труб и яичников, причем оно бывает односторонним (воспаление правых или левых придатков) или двусторонним.

Воспалительный процесс вызывается в большинстве случаев стрептококком, стафилококком, гонококком, реже кишечной или туберкулезной палочкой.

Нередко наблюдается комбинированное заболевание, т. е. воспаление матки и придатков. При гонорейной инфекции в большинстве случаев имеет место двустороннее воспаление придатков матки.

Симптомы и течение. В острой стадии температура поднимается до 38—39° и даже до 40°. Отмечаются резкие боли внизу живота, симптомы местного раздражения брюшины. Реакция оседания эритроцитов (РОЭ) резко ускорена; лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево.

В хронической стадии температура субфебрильная или нормальная; частые обострения болей внизу живота, особенно во время и после менструации; обильные кровянистые выделения во время менструации, удлинение периода менструации, укорочение межменструального промежутка; реже — атипические кровотечения, не связанные с менструацией.

Распознавание. Тщательный анамнез. При двуручном исследовании матка несколько увеличена. Увеличенные с одной или с обеих сторон, отечные и болезненные придатки нередко образуют большие воспалительные опухоли, спаянные с кишечником, сальником и маткой, достигающие размеров кулака мужчины и даже больше.

Лечение. В острой стадии покой, холод на низ живота, ректальные свечи с антипирином, белладонной; при сильных болях — пантопон, морфин под кожу; внутрь — сульфаниламидные препараты (2 дня — 5 раз в день по 1 г; 2 дня — 4 раза в день по 1 г; 3 дня — 6 раз в день по 0,5 г). При наличии высокой температуры и резких болей — пенициллин 8 раз в сутки (через каждые 3 часа) по 50 000—100 000 ЕД. Хорошие результаты дает аутогемотерапия; желательно сочетать аутогемотерапию с внутривенным введением хлористого кальция. При хронической форме — тепловая и рассасывающая терапия (облучение ультрафиолетовыми лучами, соллюкс на низ живота, абдоминально-сакральная или влагалищно-сакральная диатермия: микро-абдоминально-сакральная или влагалищно-сакральная диатермия, микроклизмы из ромашки). В случаях, не поддающихся обычным методам лечения, рекомендуется лечение на курорте, грязевые аппликации, влагалищные грязевые тампоны. В исключительных случаях, когда средства консервативной терапии не дают эффекта, прибегают к оперативному вмешательству.

Rp. Ammonii sulfoichthyolici 10,0
Glycerini 90,0
M. f. ung.
DS. Для тампонов

Rp. Ammonii sulfoichthyolici 0,1
But. Cacao 1,0
M. f. glob. D. t. d. N. 12
S. Влагалищные шарики. По 1 шарику в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенных вливаний

Rp. Mammophysini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день

Rp. Extr. Belladonnae
Papaverini hydrochlorici āā 0,02
Antipyrini 0,5
But. Cacao 1,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 12
S. По 1 свече 1—2 раза в день

Rp. Pituitrini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
DS. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Norsulfazoli 1,0
D. t. d. N. 12
S. 4 раза в день по 1 порошку

АМЕНОРЕЯ (AMENORRHOEA). ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ. Как физиологическое состояние наблюдается до наступления половой зрелости, в период менопаузы, во время беременности и более или менее продолжительное время в период грудного кормления; как патологическое состояние — в результате заболеваний половых органов и при пороках их развития (отсутствие матки, заращение шейки матки, влагалища), после экстирпации яичников или кастрации рентгеновыми лучами, при различных повреждениях слизистой оболочки матки, влекущих за собой нарушение ее функций (вливания в полость матки крепких растворов прижигающих веществ, механическое разрушение слизистой, глубокие воспалительные процессы и пр.). Нередко аменорея развивается на почве туберкулеза легких, воспаления почек, болезней желез внутренней секреции, тяжелой анемии, психозов, язвенной болезни желудка и др., а также во время и после острых заболеваний (тиф, скарлатина, холера, сепсис, малярия), в результате нервно-психических потрясений, при сильном переутомлении и на почве гипо- и авитаминоза.

Распознавание. Нужно исключить все причины, ведущие к физиологической аменорее.

Лечение. Общеукрепляющее: усиленное питание, чистый воздух, умеренный спорт, подкожное введение препаратов мышьяка (30—40 инъекций), препараты железа, гематоген по 3 столовые ложки в день. Местное лечение, направленное на улучшение кровообращения в малом тазу: горячие спринцевания 40—42° кипяченой водой, горячие ножные или сидячие ванны, грязевые ванны или тампоны, влагалищная диатермия (20—30 сеансов).

При аменорее на почве гипо- или авитаминоза — сырые овощи, фрукты, аскорбиновая кислота. При аменорее на почве переутомления — покой, усиленное питание, гальванический воротник по Щербаку с хлористым кальцием (курс 15—20 процедур). При аменорее на почве недостаточной функции яичников — подкожное или внутримышечное введение фолликулина или синэстрола, диэтилстильбэстрола (по 5000—10 000 ЕД ежедневно в течение 10—15 дней). Избегать йода и его препаратов, так как они действуют на яичники угнетающим образом.

Rp. Sol. Natrii kakodylici 5% 1,0
D. t. d. N. 30 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1 раз в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,15
Glucosae 3,0
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Ferri reducti 1,0
D. t. d. N. 30 in obl.
S. По 1 облатке 3 раза в день

Rp. Thiamini hydrochlorici 0,005
Acidi nicotinici 0,015
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,15
Riboflavini 0,01
Acidi nicotinici 0,015
Thiamini hydrochlorici 0,006
Calcii glycerophosphorici 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Synoestroli 0,001 (10 000 ЕД)
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
DS. По 1 порошку в день

Rp. Diaethylstilboestroli 0,0005 (10 000 ЕД)
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку в день

Rp. Sol. Folliculini oleosae 1,0 (á 5000 ЕД)
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Diaethylstilboestroli propionici oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Synoestroli oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Sol. Glucosae 40% 20,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Для внутривенных вливаний

БАРТОЛИНИТ. ВОСПАЛЕНИЕ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Наиболее частым возбудителем является гонококк, реже — стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, а иногда влагалищная трихомонада. Вначале инфицируется выводной проток бартолиновой железы. При гонорейной этиологии бартолинита инфицируются оба выводных протока (справа и слева).

Слизистая оболочка выводных протоков гиперемируется, вследствие чего образуются красные пятнышки, так называемые Ovula Nabothi. Слизистая выводных протоков набухает и, таким образом, секретирующаяся железой жидкость не может выделяться, в результате чего образуется ретенционная киста бартолиновой железы. Содержимое такой кисты обычно инфицировано (в ней содержатся указанные выше возбудители), вследствие чего оно становится гнойным, образуется сложный абсцесс.

Увеличенная железа, а вместе с ней также и внутренняя поверхность малых и больших срамных губ выпячиваются, закрывая при этом вход во влагалище. Когда большие губы выпячиваются, напрягаются, краснеют, больная ощущает резкие боли. Нередко такой сложный абсцесс вскрывается самостоятельно, изливается гнойное содержимое, исчезают боли, температура понижается. Однако место вскрытия быстро рубцуется и через некоторое время заболевание рецидивирует. Вновь накапливается гнойное содержимое, появляется краснота и болезненность. В некоторых случаях рецидивы наступают весьма часто и не сопровождаются резкими явлениями, которые имели место при острых бартолинитах. В таких случаях говорят о хроническом рецидивирующем бартолините. Иногда нагноительный процесс не ограничивается железой, а распространяется за пределы ее, т. е. в окружающие ее ткани. В таких случаях говорят об истинном абсцессе.

Если инфекционный процесс поражает одновременно обе бартолиновы железы, то с некоторой долей вероятности можно полагать, что возбудителем является гонококк.

Распознавание. Необходимо дифференцировать с кистой влагалища, точнее с кистой гартнеровского хода. Обычно киста гартнеровского хода расположена выше нижней трети малых срамных губ. При кисте гартнеровского хода можно прощупать тяж, идущий кверху и кнутри параллельно влагалищу; кроме того, при кисте гартнеровского хода не отмечается покраснения окружающих кисту тканей, отсутствует резкая болезненность, которая имеет место при остром бартолините.

Лечение. В остром периоде — покой, тепло, болеутоляющие свечи с белладонной, антипирином. Если явления воспаления, набухлости и напряжения усиливаются, следует произвести инцизию — вскрытие железы. Вместо инцизии можно сделать прокол железы, отсасывание жидкости и наполнение спавшейся железы пенициллином со стрептомицином. При хроническом рецидивирующем бартолините можно испробовать инъекции под железой и вокруг нее собственной крови больной (3—5 мл) в комбинации с пенициллином (200 000 ЕД) и стрептомицином (250 000 ЕД). В случае отсутствия эффекта — экстирпация железы под местной анестезией (возможно обильное кровотечение; необходимо подготовить соответствующий хирургический инструментарий, зажимы, шовный материал).

БЕЛИ (FLUOR). При нормальной функции женских половых органов — незначительные выделения (0,5—2 мл в сутки), прозрачные или молочно-белые, жидкие, а иногда крошкообразные, без примеси крови, гноя, слизи. Отделяемое влагалища здоровой женщины содержит клетки плоского эпителия и незначительное количество лейкоцитов и микроорганизмов; реакция выделений большей частью кислая или слабокислая.

Кислотность влагалищного секрета зависит главным образом от наличия в нем молочной кислоты, образующейся из гликогена влагалища благодаря присутствию влагалищной палочки. Помимо влагалищной палочки, в выделениях встречаются стрептококки, стафилококки, туберкулезная палочка и др. Различают три степени чистоты влагалищного секрета. При первой степени чистоты в мазке из влагалищного секрета, окрашенного по Граму, находят исключительно влагалищные палочки и незначительное количество клеток плоского эпителия. Реакция кислая.

При второй степени чистоты в мазке находят меньшее количество влагалищных палочек и наряду с ними коккобациллы, отдельные грамположительные диплококки и пр. Преобладают клетки плоского эпителия и часто наблюдаются отдельные лейкоциты. Реакция слабокислая.

При третьей степени чистоты в мазке из влагалищного секрета влагалищная палочка обычно отсутствует, но находят много грамположительных и грамотрицательных бактерий, кокков, сарцин и др.; реакция щелочная.

При белях, содержащих гной, кровь, патогенные микробы или очень обильных (даже без наличия патогенных микробов) требуется соответствующее лечение. Выделения могут быть белого (отсюда название «бели»), желтого и зеленого цвета; в результате примеси крови или некротизированной ткани цвет их может быть коричневым, буроватым.

Бели бывают без запаха или с запахом, иногда зловонным; они бывают неразъедающими или сильно разъедающими область наружных половых органов и бедер. В большинстве случаев бели являются признаком какого-нибудь заболевания женских половых органов или неполового аппарата.

Различают бели трубные, маточные, шеечные, влагалищные. Трубные бели встречаются очень редко. Маточные бели наблюдаются при гонорейном или септическом поражении слизистой оболочки матки, реже на почве туберкулезного эндометрита, при аномалиях положения матки (при резком загибе), при доброкачественных новообразованиях (подслизистая миома) и злокачественных новообразованиях (рак). При раке матки бели имеют вид «мясных помоев», так как к отделяемому присоединяются продукты распада опухоли и кровь. Шеечные бели — симптом острого воспалительного заболевания, главным образом гонореи.

бли наблюдаются также при полипе, раке шейки матки, иногда в результате длительного неправильного применения механических противозачаточных средств (колпачки). Влагалищные бели возникают при инфекционном процессе (например, гонорея влагалища у девочек, дифтерия), при злокачественных новообразованиях (рак влагалища), при длительном ношении колец (в случае выпадения влагалища и матки), при мастурбации, наличии глистов, особенно остриц; частой причиной влагалищных белей является трихомонада (см. *Вагинит трихомонадный*).

Диагностика при белях должна быть направлена в сторону установления этиологии и определения пораженного участка полового тракта. Для этого необходимо собрать самый тщательный анализ выделений, осмотреть наружные половые органы, обследовать при помощи зеркал влагалище и шейку матки (эрозия, полип, рак шейки матки). При двуручном исследовании нужно обратить внимание на наличие воспалительного процесса и новообразований (рак). При отсутствии изменений в половом аппарате надо тщательно провести клиническое исследование больной (туберкулез, малокровие, хронический колит и т. п.).

Лечение. Лечение должно быть направлено на основное заболевание. При любой этиологии белей рекомендуется провести общеукрепляющее лечение (введение препаратов мышьяка под кожу, назначение витаминов, умеренной физкультуры). Рекомендуются спринцевания раствором сернокислого цинка — 1 столовая ложка 50% раствора на 1 л воды (вяжущее), раствором марганцовокислого калия — 1 столовая ложка 2% раствора на 1 л воды (дезодорирующее), двууглекислой содой — 2 чайные ложки на 1 л воды (для растворения слизи), борной кислотой — 2 чайные ложки на 1 л воды (при трихомонадном кольпите).

Rp. Sol. Zinci sulfurici 50% 200,0
DS. 1 столовая ложка на 1 л воды
Для спринцеваний

БЕСПЛОДИЕ (STERILITAS). Бесплодие может зависеть как от женщины, так и от мужчины. Различают первичное бесплодие, когда беременность никогда не наступала, и вторичное, когда женщина становится бесплодной после одной или нескольких беременностей.

Причиной женского бесплодия является наличие различных неправильностей в развитии женского полового аппарата (заращение влагалища, матки и труб, отсутствие матки, яичников), недоразвитие женских половых органов (коническая длинная шейка, очень маленькая матка, нередко с резким перегибом кпереди) и наряду с недоразвитием нарушение функции эндокринной системы (пониженная функция яичников). Большое значение в развитии бесплодия имеют опухоли женских половых органов (фибромиомы, кисты, особенно злокачественные новообразования). Наиболее частой причиной женского бесплодия является непроходимость маточных труб, чаще всего возникающая на почве перенесенных воспалительных заболеваний, главным образом гонореи.

При выяснении причины бесплодия прежде всего необходимо исключить мужское бесплодие, причиной которого является олиго- и астеноспермия или механическое препятствие к извержению семени наружу. Реже причиной бесплодия является азоспермия (полное отсутствие сперматозоидов в эякуляте). Для установления олигоспермии (малое количество сперматозоидов), а также астеноспермии (недостаточная подвижность сперматозоидов) необходимо произвести микроскопическое исследование спермы непосредственно после ее получения. Для установления влияния влагалищного секрета больной на сперматозоиды рекомендуется получить сперму путем насасывания (после полового сношения) из заднего свода или из канала шейки матки.

После обследования мужа производят обследование жены. Вначале тщательно собирают анамнез, выясняют наличие воспалительных заболеваний в прошлом, время наступления и установления менструаций, их характер (продолжительность менструального кровотечения, межменструальный промежуток, количество выделяемой крови, боли до и во время менструаций); далее, двуручным исследованием устанавливают различные пороки развития (отсутствие матки, заращение влагалища и т. п.). Необходимо обратить сугубое внимание на наличие опухолей придатков матки.

Непроходимость труб устанавливают путем их продувания специальным прибором. Прохождение воздуха можно прослушать через брюшную стенку фонендоскопом, а также на основании появления у женщины болевых ощущений в области лопатки.

Для определения проходимости труб рекомендуется также метод сальпингографии; матку и трубы наполняют контрастной массой (йодолипол, сергозин) и производят рентгеновский снимок.

Лечение. При заращении девственной плевы производят ее рассечение. При наличии конической шейки матки иногда можно получить хорошие результаты путем ее расширения или рассечения. При недоразвитии матки и слабой функции яичников хорошие результаты может дать лечение гормонами: в первые 10—12 дней после менструации вводить ежедневно по 5000—10 000 ЕД фолликулина, а затем ежедневно от 14-го до 22—24-го дня менструального цикла (в зависимости от длительности последнего) — по 5 мг прогестерона. Одновременно назначают влагалищно-крестцовую диатермию (сеансы проводят через день в количестве 15—20 процедур на курс лечения) и витамины, главным образом аскорбиновую кислоту, по 0,1 г 3 раза в день и витамин Е в виде масла из зародышей пшеницы по 1 чайной ложке 1—2 раза в день.

При непроходимости труб назначают интенсивное противовоспалительное лечение (диатермия, грязевые тампоны и т. п.), при наличии гонореи — специфическое лечение (см. *Гонорея*). В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения при непроходимости труб можно прибегнуть к оперативному вмешательству.

ВАГИНИТ, КОЛЬПИТ (VAGINITIS, COLPITIS). Воспаление слизистой оболочки влагалища. Острый вагинит наблюдается при некоторых инфекционных заболеваниях, чаще всего в детском возрасте (дифтерия, скарлатина, корь), а также при попадании влагалищной трихомонады. Часто первичный вагинит вызывается механическими повреждениями (плохо подобранные, неподходящие пессарии, инородные предметы, вводимые при онанизме или в качестве противозачаточных средств, долго лежащие марлевые шарики, тампоны и пр.) или термическим (слишком горячие спринцевания) и химическим воздействием (крепкие растворы при спринцеваниях). Вторичные вагиниты развиваются на почве заболеваний шейки матки (стекание раздражающих белей), при каловых и мочевых свищах, при заболеваниях нижележащих отделов. Предрасполагающими моментами являются малокровие, туберкулез, инфантилизм.

Симптомы и течение. Бели, в свежих случаях сильное покраснение слизистой оболочки (у молодых женщин); в дальнейшем слизистая становится шероховатой, зернистой на ощупь.

Лечение. Влагалищные спринцевания (легкие вяжущие средства, древесный уксус — одна столовая ложка на литр воды). При наличии гнойных белей назначают раствор марганцовокислого калия — одна столовая ложка 2% раствора на литр воды. Хорошо действуют спринцевания с молочной кислотой — одна чайная ложка на литр воды после предварительного спринцевания раствором соды — 2 чайные ложки на литр воды (для удаления слизи). Вначале спринцевания делают ежедневно (в течение двух недель), затем через каждые 2—3 дня. Когда выделения примут серозный характер, переходят к лечению тампонами со стрептоцидной

эмульсией. На время лечения необходимо полное запрещение половых сношений.

ВАГИНИТ ТРИХОМОНАДНЫЙ. Воспаление влагалища, вызванное присутствием в нем трихомонад (trichomonas vaginalis).

Симптомы. Влагалище отечно, синюшно, гиперемировано. Выделения обильные, желтовато-зеленоватого цвета, пенистые; большое количество отделяемого скапливается в заднем своде влагалища. Резкий зуд.

Распознавание. Диагноз ставят на основании микроскопического исследования выделений. Ватным тампоном или желобоватым зондом берут каплю выделений из заднего свода и опускают в пробирку, содержащую 5 мл теплого физиологического раствора. Для пересылки на далекое расстояние можно пользоваться мазком выделений с последующей его окраской.

Лечение. Стенки влагалища и шейку матки досуха вытирают стерильным ватным или марлевым тупфером. Затем во все складки влагалища в течение 3—4 минут тщательно втирают порошок следующего состава:

Rp. Acidi borici
Glucosae āā 2,0
Osarsoli 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. Для втирания

Эту манипуляцию повторяют ежедневно в течение 10—15 дней.

Весьма часто трихомонадные вагиниты отмечаются у женщин в климактерическом и молодом возрасте при пониженной функции яичников. В таких случаях рекомендуется одновременно провести курс гормонотерапии путем инъекций 5000 ЕД фолликулина ежедневно в течение первых 10—12 дней после менструации (фолликулиновая фаза).

Во время лечения сухим способом спринцевание отменяют.

В последнее время рекомендуется лечить больных трихомонадным кольпитом фитонцидами; свеженатертый в виде кашицы лук или чеснок (10—15 г) вводят при помощи зеркала во влагалище на 15 минут, после чего кашицу удаляют.

Имеется препарат под названием аллилглицер. Он приготовлен из сгущенной вытяжки лука, смешанной пополам со стерильным глицерином. Применяется в виде влагалищных тампонов.

ВУЛЬВИТ (VULVITIS). Механические, термические и химические раздражения (онанизм, спринцевания крепкими дезинфицирующими растворами, ожоги и др.), глисты (острицы), диабет, мочеполовые свищи, микробная инфекция (стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, гонококк), трихомонада и др.

Различают острый и хронический вульвит.

Симптомы и течение. Острая форма вульвита. Резко выраженная гиперемия и отечность малых губ; слизистая оболочка влагалища покрыта гнойно-фибринозным налетом; гнойные выделения; резкая болезненность и ощущение жжения и зуда в области влагалища и наружных половых органов. Хроническая форма вульвита. Гипертрофия малых губ; краснота в окружности выводных протоков бартолиновых желез; мокнущая экзема; зуд и жжение в области влагалища и наружных половых органов.

Лечение. Обмывание пораженных мест 2% раствором борной кислоты, сидячие ванны с ромашкой, обмывание раствором ляписа 1 : 1000. При тяжелом зуде — смазывание 2—3% раствором новокаина; мазь с 5% анестезином.

ВУЛЬВО-ВАГИНИТ (VULVO-VAGINITIS). Наблюдается почти исключительно у девочек в период до полового созревания.

Причины. Онанизм, глисты (острицы), гонококк, трихомонада, кишечная палочка и осложнения после детских инфекций (корь, скарлатина, дифтерия).

Симптомы. Краснота, отек наружных половых органов, гнойные выделения, жалобы на боль при мочеиспускании (уретрит).

Лечение. В остром периоде — постельный режим, сидячие ванны из ромашки, пенициллин внутримышечно по 30 000—50 000 ЕД через каждые 4 часа; сульфаниламидные препараты (дозировка соответственно возрасту). В хронических случаях — осторожное спринцевание (через катетер) раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000, раствором ляписа 1 : 2000, пенициллин, сульфаниламидные препараты, как в острых случаях.

ВЫПАДЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА см. *Матки и влагалища опущения и выпадения.*

ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ см. *Матки и влагалища опущения и выпадения.*

ГОНОРЕЯ (GONORRHOEA). Вызывается попаданием в половые пути гонококков. Передача гонорейной инфекции взрослым женщинам происходит почти исключительно половым путем. Гонококк прежде всего поражает мочеиспускательный канал, железы преддверия влагалища и слизистую канала шейки матки; влагалище у взрослой женщины поражается гонококком крайне редко, так как многослойный плоский эпителий его и влагалищной части шейки не представляет благоприятных условий для развития гонококка. Первичное поражение влагалища наблюдается у детей, беременных и при инфантилизме. Гонококк в большинстве случаев распространяется по поверхности слизистой, но нередко имеет тенденцию проникать в строму и даже в мышечный слой. В мочеиспускательном канале обычно гонорейная инфекция долго не задерживается. Попадая в парауретральные ходы, гонококк остается здесь долгое время, что приводит к затяжным, хроническим формам заболеваний. Из этих очагов инфекция нередко поступает в мочеиспускательный канал и дает вспышку нового острого воспалительного процесса в нем.

Попадая на слизистую оболочку канала шейки матки, гонококк очень скоро проникает в железы и здесь сохраняется чаще и длительнее, чем в каком-либо другом участке женского мочеполового тракта. Из дна желез гонококки могут проникнуть в строму, образуя парагландулярные абсцессы. Пораженные железы могут закупориться и образовать закрытые полости типа ретенционных кист (так называемые Ovula Nabothi). Такая случайно вскрытая ретенционная киста может повлечь за собой рецидив заболевания. Из шейки матки гонококки могут проникнуть выше — в полость матки, трубы, яичники и на брюшину. Поражение гонококками участков до уровня внутреннего зева шейки матки носит название гонореи нижнего отдела полового тракта; поражение выше уровня внутреннего зева — гонореи верхнего отдела полового тракта, или же восходящей гонореи.

Переходу гонококка из шейки в полость матки способствует: 1) менструация, 2) послеродовой период, аборт (раскрытие шейки, раневая поверхность матки), 3) бурное половое сношение, 4) неправильные манипуляции медицинского персонала (зондирование, спринцевание под высоким давлением в остром периоде заболевания).

Симптомы и течение. По характеру течения различают острые и хронические формы. При острой форме гонореи нижнего отдела болезнь проявляется лейкоцитозом, гиперемией пораженных участков, обильными выделениями, в которых содержатся гонококки, расположенные внутри- и внеклеточно. К выделениям нередко примешивается кровь. Выделения обычно гнойного характера, зеленоватого цвета, с острым запахом. Больные жалуются на боли внизу живота, частые позывы на мочеиспускание, а иногда и на зуд в наружных половых органах. В даль-

нейшем (через 3—4 недели) симптомы начинают постепенно ослабевать и иногда даже совсем исчезают. Во многих случаях может наблюдаться длительное подострое течение процесса с нерезко выраженными симптомами, но с наличием гонококков. При хронической форме отделяемое представляется весьма скудным, гонококки в нем обнаруживаются с большим трудом; имеются боли внизу живота, расстройства менструального цикла. При хронической форме в ряде случаев наблюдается объективно и главным образом субъективно бессимптомное течение заболевания. Таких больных в большинстве случаев выявляют при семейном обследовании, когда их привлекают в диспансер вследствие заражения ими другого лица.

При восходящей форме гонореи также различаются острая и хроническая формы. При острой форме наблюдаются обильные бели, резкие боли внизу живота и расстройства менструального цикла, сопровождающиеся обильными кровопотерями, нередко требующими госпитализации. Может наступить и длительная аменорея *(см.)*. К острому воспалению придатков матки может присоединиться и пельвеоперитонит *(см.)* серозного и даже гнойного характера. Гонококки проникают по лимфатической и кровеносной системе в отдаленные органы и вызывают поражение эндокарда, суставов и пр. Эти осложнения чаще наступают в послеродовом периоде.

Хроническая форма восходящей гонореи обычно сопровождается рядом изменений в виде смещения органов, фиксации их вследствие образования спаек. При этом отмечается ряд симптомов в виде болей, белей, кровотечений.

Распознавание. Для постановки диагноза гонореи, помимо анамнеза, необходимо бактериоскопическое или бактериологическое исследование отделяемого мочеполового аппарата. Для этого берут мазки из уретры, влагалища и шейки матки. Рекомендуется брать мазки непосредственно до и после менструации. Если гонококки не обнаружены, приходится прибегать к различным методам так называемой провокации (смазывание шейки матки 3—5% раствором ляписа, внутримышечное введение гоновакцины). Реакция Борде-Жангу и реакция с антигеном нередко оказывают большую помощь при диагностике.

Лечение. При острой свежей гонорее назначают покой, легкую диету, категорически запрещают половые сношения, производят (осторожно) промывание влагалища под низким давлением раствором марганцовокислого калия (1 : 10 000). Одновременно назначают пенициллин по 50 000 ЕД через 3 часа, сульфаниламидные препараты (сульфодимезин, норсульфазол и др.) через равные промежутки времени; в первый день — 7 раз по 1 г, во второй день — 6 раз по 1 г, в третий и четвертый день — 4 раза по 1 г. Для уменьшения болей применяют свечи с белладонной. В дальнейшем делают влагалищные ванночки из 1—2% ляписа. Уретру промывают раствором марганцовокислого калия. В хронических случаях при поражении нижнего отдела мочеполового аппарата рекомендуется также электрокоагуляция поверхностных и глубоких патологических очагов в шейке и измененных парауретральных ходов; длительная диатермия. В острой стадии восходящего процесса назначают покой и применяют мероприятия, направленные на приостановку маточных кровотечений (внутривенное вливание 5 мл 10% раствора хлористого кальция и одновременно аутогемотерапия по 10 мл через день, 10—12 инъекций), сульфаниламидные препараты, одновременно пенициллин.

Подострая и хроническая стадии заболевания. Как только острые явления проходят, назначают физиотерапевтические процедуры: вначале кварц, в дальнейшем кварц в комбинации с соллюксом. Диатермия может быть назначена исключительно в хронической стадии заболевания. В подострой и хронической стадии заболевания рекомендуется введение гоновакцины.

В хронической стадии хорошие результаты получены от местного применения пенициллина (инъекции в шейку матки и область бартолиновых желез по 100 000—150 000 ЕД пенициллина через день — 3—5 инъекций).

При терапии как сульфаниламидными препаратами, так и пенициллином местное лечение (спринцевания, электрокоагуляция, ванночки и пр.) ни в коем случае не отменяют.

ДИСМЕНОРЕЯ (DYSMENORRHOEA). БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕНСТРУАЦИИ (ALGO-DYSMENORRHOEA). В большинстве случаев болезненные менструации являются симптомом того или иного заболевания женского полового аппарата. Дисменорея выражается в различных формах в зависимости от вызвавшей ее причины.

1. Дисменорея на почве воспалительного процесса (хроническое воспаление труб, яичников, околоматочной клетчатки). Боли появляются вследствие обострения хронических воспалительных процессов на почве предменструальной и менструальной гиперемии в области малого таза.

2. Дисменорея на почве неправильной функции желез внутренней секреции и вегетативной нервной системы.

3. Механическая дисменорея встречается у женщин, страдающих недоразвитием половых органов, рубцовым сужением шейки, а также опухолями (полипы матки, миома). При этой форме боли появляются перед наступлением менструации и прекращаются на первый или второй день после ее наступления. Причина болей — препятствия для оттока менструальной крови вследствие сужения канала шейки матки.

Лечение. 1. При дисменорее на почве воспалительных процессов — лечение основного заболевания: тепловая, рассасывающая терапия, диатермия, грязевые тампоны, лечение на курортах (Саки, Ессентуки, Евпатория и др.).

2. При дисменорее на почве расстройств функции желез внутренней секреции и вегетативной нервной системы рекомендуются: в первые 10 дней от начала менструаций небольшие дозы фолликулина (1000—2000 ЕД ежедневно внутримышечно) и значительные дозы прогестерона (с 14-го по 20—22-й день от начала менструации по 8—10 мг ежедневно внутримышечно).

3. При механической дисменорее — оперативное расширение канала шейки матки (при отсутствии воспалительного процесса в половых органах), общее укрепляющее лечение. При инфантилизме — введение гормонов (фолликулин, прогестерон). Благоприятное влияние (в смысле излечения) оказывают роды.

При дисменорее независимо от ее этиологии во многих случаях хорошие результаты дает атропин по 0,5 мг в пилюлях 3 раза в день или сложные порошки по следующей прописи:

Rp. Extr. Belladonnae
Papaverini hydrochlorici āā 0,02
Aspirini
Pyramidoni
Bromurali āā 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Микроклизмы из настоя ромашки с антипирином и пирамидоном (по 0,3 г).

При резко выраженной дисменорее боли можно купировать внутримышечным введением 1 мл адреналина (0,1%). Длительное время адреналин вводить нельзя.

В некоторых случаях получается хороший эффект в результате применения эфедрина по 0,025 г два раза в день. Перед назначением курса эфедрина надо дать его для пробы с целью выяснения реакции организма на этот препарат.

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici
0,1% 1,0
D. t. d. N. 6. in amp.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,025
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

ЗУД ВУЛЬВЫ (PRURITUS VULVAE). Встречается большей частью у пожилых женщин при выпадении функции яичников, нарушении обмена веществ; при нервных и психических заболеваниях, сахарной болезни.

Симптомы и течение. Зуд, усиливающийся по ночам. Воспаление слизистой оболочки влагалища. Расчесы наружных половых органов, ссадины. Обязательно исследовать мочу на сахар, а кал — на яйца глистов.

Лечение. 2—3% кокаиновая мазь; инъекции 5 мл 1% раствора новокаина под слизистую оболочку влагалища и фолликулина 10 000 ЕД внутримышечно ежедневно 15—20 дней подряд. Инъекции под слизистую оболочку влагалища 10 000 ЕД фолликулина через день 3—4 раза. Пудендальная анестезия. Рентгенотерапия.

Rp. Sol. Folliculini oleosae 20 000 ED
Ol. Vaselini 40,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Synoestroli 0,003
Ol. Vaselini 40,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Anaesthesini
Streptocidi albi āā 4,0
Vaselini 40,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Acidi borici pulverati
Anaesthesini āā 4,0
Bismuthi subnitrici 1,0
Vaselini 50,0
M.f. ung.
DS. Мазь

Rp. Mentholi 1,0
Streptocidi albi 4,0
Vaselini 40,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Synoestroli 0,004
Anaesthesini 6,0
Streptocidi albi 8,0
Ol. jecoris Aselli 120,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Streptocidi albi 6,0
Mentholi 1,0
Sol. Folliculini oleosae
30 000 ЕД
Ol. Vaselini 80,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Лечение основного заболевания (сахарной болезни, нервно-психических заболеваний).

КИСТОМА ЯИЧНИКА (CYSTOMA OVARII). Новообразование яичника вследствие пролиферации его слизистой ткани (бластома). Две трети всех новообразований яичника представляют собой псевдомуцинозные (железистые) кисты, чаще всего односторонние, значительных размеров. Опухоль чаще многокамерная, не сопровождается асцитом.

Серозная киста развивается из обоих яичников (двусторонние кисты) и бывает небольшой величины (редко больше мужского кулака); на внутренней поверхности оболочки кисты имеются папиллярные разрастания.

В случае разрыва серозной кисты во время операции и излития ее содержимого в брюшную полость наблюдается имплантация сосочков на брюшине, сальнике, на серозном покрове кишечника; в дальнейшем отме-

чается развитие значительного асцита и метастазов на сальнике, брюшине. Серозные кисты подвергаются злокачественному перерождению значительно чаще, чем псевдомуцинозные и дермоидные.

Содержимое дермоидных кист — кожа, волосы, кости, зубы, сальные железы.

Кисты связаны с маткой посредством ножки, состоящей главным образом из собственной связки яичника.

Симптомы. Небольшие кисты могут не давать никаких симптомов. При наличии длинной ножки и большой подвижности кисты может возникнуть перекрут ножки кисты (одно- и многократный перекрут); при этом нарушается питание кисты, киста некротизируется, наступают резкие боли, явления раздражения брюшины, иногда высокая температура (острый живот). В большинстве случаев перекрут наступает внезапно.

Лечение. Оперативное.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. Наблюдаются при угасании функции яичников вследствие возрастных изменений (после 45—50 лет), после операции удаления яичников, после облучения рентгеновыми лучами (рентгеновская кастрация), а также при некоторых эндокринных заболеваниях.

Симптомы и течение. Некоторые женщины отмечают в климактерическом периоде только незначительное недомогание, другие страдают головными болями, жалуются на приливы, покраснение лица, ощущение духоты, потливость, сердцебиение. Все эти явления вскоре проходят, но могут повторяться по нескольку раз в день и нередко ночью. Работоспособность понижается. Климактерические расстройства иногда проходят через 1—2 года после прекращения менструаций, в других же случаях продолжаются в течение многих лет.

Лечение. Основное лечение — гормональное (применение фолликулина). Фолликулин назначают по 5000 ЕД через день, 8—10 инъекций. Однако назначать фолликулин всем женщинам, страдающим климактерическими расстройствами, нецелесообразно, так как в некоторых случаях (в гиперфолликулиновой стадии) это не приносит пользы, а иногда приводит к ухудшению общего состояния.

Большое облегчение приносят горячие ножные ванны, общие теплые ванны, препараты брома, валерьяны.

Рекомендуется также воротник по Щербаку с бромистым натрием и хлористым кальцием.

При наличии опухоли в половом аппарате всякое гормональное лечение и электролечение строго противопоказаны: в этих случаях ограничиваются применением только препаратов брома и валерьяны и регулированием общего режима.

Rp. Papaverini hydrochlorici
Luminali āā 0,015
Pyramidoni
Natrii bromati āā 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Natrii bromati 2,0
Pyramidoni 1,0
Coffeini natrio-benzoici 0,5
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Aspirini
Phenacetini āā 0,25
Bromurali 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Inf. rad. Valerianae 8,0 : 200,0
Natrii bromati 2,0
Magnesii sulfurici
Pyramidoni āā 0,6
Coffeini natrio-benzoici 0,4
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

КОЛЬПИТ см. *Вагинит*.

КОНДИЛОМЫ ОСТРЫЕ (CONDYLOMA ACUMINATA). Мелкие папиллярные, бородавчатые разрастания на промежности, наружных половых органах, на слизистой влагалища, шейки матки.

Этиология. Хронический воспалительный процесс шейки и влагалища с обильными выделениями в результате несоблюдения элементарных гигиенических мероприятий.

Симптомы и течение. Выделения, зуд в области влагалища, промежности. При образовании большой группы кондилом они могут занимать обширное пространство. В период беременности кондиломы быстро разрастаются.

Лечение. При обычных кондиломах прижигание резорциновой пастой. Хирургическое удаление ножницами или ножом с последующей присыпкой раневой поверхности порошком резорцина. Электрокоагуляция. При обширном распространении кондилом рекомендуется оперативное лечение в несколько приемов (2—3).

Rp. Resorcini 5,0
Vaselini __
Glycerini aa 10,0
M. f. ung.
DS. Наружное для прижигания

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ. Маточные кровотечения во время беременности и родов наблюдаются при выкидышах (см. *Аборт*), внематочной беременности (см. *Беременность внематочная*), пузырном заносе (см. *Занос пузырный*), преждевременной отслойке нормально расположенного детского места *(см.)*, при предлежании детского места *(см.)*, при атонических и гипотонических кровотечениях *(см.)*. Маточные кровотечения вне беременности являются симптомом гинекологических заболеваний: доброкачественных, злокачественных опухолей, воспалительных заболеваний и др.

Различают две основные формы маточных кровотечений: 1) меноррагия и 2) метроррагия.

Меноррагия — маточные кровотечения, связанные с менструальным циклом: менструация начинается в срок, но не прекращается, как обычно, через 4—5 дней, а продолжается 8—10—12 дней. При следующей менструации, наступающей также в срок, вновь повторяется такая же картина. Таким образом, количество дней кровотечения при менструации увеличивается, а межменструальный промежуток укорачивается. Меноррагии наблюдаются при фибромиомах матки, воспалительных процессах половых органов, некоторых формах инфантилизма (недостаточная сократительная способность матки), при заболеваниях сердца.

Метроррагия — маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом, нерегулярные, беспорядочные, различной интенсивности (сильные и слабые); они продолжаются неопределенное время, затем следует некоторый промежуток времени без кровотечений, в дальнейшем повторяются беспорядочные кровотечения. Метроррагии наблюдаются при раке матки, подслизистой фибромиоме матки, тяжелой форме воспаления слизистой оболочки матки и др.

Разновидностью метроррагии является геморрагическая метропатия, при которой менструация может отсутствовать иногда $1^1/_2$—2, даже 3 месяца, а затем может появиться беспорядочное маточное кровотечение, также не связанное с менструальным циклом. Причина заболевания — неправильная функция гипофиза и яичников. Геморрагическая метропатия наблюдается главным образом в молодом возрасте (15—20 лет), во время установления нормального ритма менструаций и перед наступлением менопаузы во время угасания менструальной функции.

Распознавание. Чрезвычайно важно для назначения соответствующего лечения выявить причины заболевания. Необходимо тщательно собрать анамнез, выяснить особенности и характер кровотечений, а также наличие в прошлом опухолей, воспалительных заболеваний женских половых органов и других заболеваний (сердца, легких, почек и т. п.). Следует произвести осмотр при помощи зеркал для выявления наличия эрозии (подозрение на рак), полипа, рождающейся фибромиомы. При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки, величину, форму, консистенцию, подвижность матки, наличие воспалительных опухолей придатков матки и т. п.

При подозрении на рак шейки или тела матки обязательно производят в срочном порядке биопсию или диагностическое выскабливание с последующим микроскопическим исследованием.

Лечение. Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания. При наличии воспалительного процесса матки и ее придатков назначают внутривенные вливания 10% раствора хлористого кальция в количестве 5—10 мл, производимые через день, и аутогемотерапию через день по 10 мл. Последнюю манипуляцию производят следующим образом. Сначала в вену вводят 5—10 мл 10% раствора хлористого кальция, затем на руку накладывают жгут, набирают 10 мл крови и вводят внутримышечно в ягодицу. Хорошие результаты дает внутримышечное введение маммофизина 1—2 раза в день по 1 мл. При значительных кровопотерях прибегают к переливанию крови в количестве 200—400 мл, при низком проценте гемоглобина (ниже 50%) и длительных хронических незначительных кровотечениях — к многократным переливаниям небольших (60—80 мл) доз крови.

При геморрагической метропатии производят выскабливание слизистой оболочки матки как с целью выяснения этиологии данного заболевания, так и с лечебной целью. Через 12—14 дней после выскабливания ежедневно в течение 10 дней внутримышечно вводят по 5—10 мг прогестерона. При отсутствии эффекта в результате применения консервативной терапии и угрожающем жизни больной состоянии в некоторых случаях прибегают к удалению матки.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ АНОВУЛЯТОРНЫЕ. Нормальная менструация наступает только после отпадения слизистой оболочки матки в стадии секреции. Эта стадия образуется под влиянием гормона желтого тела, т. е. после состоявшейся овуляции, без которой желтое тело не может образоваться. Однако циклические маточные кровотечения типа менструации могут иметь место и без овуляции. Такие ановуляторные (без овуляции) циклические маточные кровотечения наблюдаются у женщин, у которых менструации наступают в определенные дни с сохранением точного ритма через 28—30 дней.

Ановуляторные циклы могут чередоваться с овуляторными. Практическое значение ановуляторных циклов заключается в том, что женщины при этом становятся бесплодными. Причиной ановуляторных циклов является нарушение функции придатка мозга — гипофиза, а также первичная недостаточность функции яичника. Ановуляторные циклы наблюдаются у молодых девушек, у женщин во время кормления грудью, а также у женщин в возрасте, близком к климактерическому. Вследствие этого способность женщин после 40 лет к зачатию падает. В тех случаях, когда ановуляторный цикл связан с длительным пребыванием зрелого фолликула (его персистенцией) могут наступить длительные атипические маточные кровотечения (см. *Кровотечения маточные функциональные*).

Ввиду того что процесс овуляции зависит не только от местных причин и от нарушения функции отдельных желез внутренней секреции, а от общего состояния всего организма в целом, для лечения этих состояний недостаточно применения только гормонов. В таких случаях

необходимо обращать внимание на состояние нервной системы женщины и в необходимых случаях провести соответствующее лечение. Необходимо полноценное питание с повышенной калорийностью и насыщенностью витаминами. Хороший эффект оказывает введение фолликулина по 5000 единиц через день в течение 6—8 дней, считая от 6-го дня менструального цикла.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ. Под названием «функциональные маточные кровотечения» обычно понимают такие заболевания, при которых анатомические изменения в половых органах женщины не определяются, а также исключается наличие новообразования или воспалительного процесса как причины кровотечения.

Функциональные маточные кровотечения чаще всего встречаются в юношеском и климактерическом возрасте. Одной из причин является так называемая персистенция фолликула. При заболевании фолликул в яичнике созревает до стадии граафова пузырька, иногда даже гипертрофируется, увеличивается в размерах. Однако разрыва фолликула не происходит, т. е. не происходит овуляции; вследствие повышенного продуцирования фолликулярного гормона происходит ряд изменений в слизистой оболочке матки: слизистая гипертрофируется, утолщается с образованием полипоза. Железы слизистой оболочки расширяются, форма их изменяется, образуются железистые кисточки.

Так как в яичнике не происходит овуляции, не образуется желтое тело, то в слизистой оболочке матки выключается фаза секреции. При длительной персистенции фолликула образуются тромбоз сосудов слизистой оболочки матки, лейкоцитарная инфильтрация в ней, небольшие кровоизлияния, а затем начинается некроз и длительное, весьма интенсивное и даже угрожающее жизни маточное кровотечение.

Таким образом, кровотечение не является менструацией в истинном смысле этого слова, так как не произошла овуляция, не образовалось желтое тело и не наступила секреторная фаза в слизистой оболочке тела матки. Поэтому кровотечения в этих случаях являются ановуляторными (см. *Кровотечения ановуляторные*).

Однако персистенция фолликула не является единственной причиной функциональных маточных кровотечений. Кровотечения могут происходить при неповрежденной слизистой оболочке матки. Они нередко наступают при атрофии матки и слизистой, при явлении склероза и гиалинового перерождения кровеносных сосудов матки.

Лечение. Принимая во внимание большое значение функции центральной нервной системы в регулировании менструальной функции, необходимо назначить общие методы лечения, воздействующие на регулирование функций всего организма в целом: покой физический, психический, препараты брома, валерьяны. При сильном кровотечении — выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба (исключить рак!); внутримышечно питуитрин или маммофизин по 1 мл 2 раза в день; внутрь стиптицин по 0,05 г 3 раза в день. При низком проценте гемоглобина — препараты железа, гематоген, переливание крови.

В тех случаях, когда произведено выскабливание слизистой оболочки матки, проводят курс лечения прогестероном, начиная с 10-го дня после операции, вводя в течение 10 дней ежедневно по 5 мг прогестерона внутримышечно.

Если же кровотечения нет (светлый промежуток), то вначале в течение 8 дней вводят по 5000 единиц фолликулярного гормона, затем в течение 3 дней — 5000 единиц фолликулярного гормона вместе с 5 мг прогестерона и, наконец, в течение последних 8 дней — по 5 мг прогестерона ежедневно, стимулируя таким образом естественный овулярио-менструальный цикл. После этого выжидают наступление менструации и, начиная с 6-го дня (считая с 1-го дня менструации), вновь имитируют цикл по указанной выше схеме.

Это лечение нужно проводить в течение 4—5 циклов, даже в тех случаях, когда менструальная функция уже нормализуется. Такое систематическое лечение необходимо для закрепления полученных результатов и привычных циклических реакций организма.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕЖМЕНСТРУАЛЬНЫЕ. Некоторые женщины в периоде между двумя менструациями испытывают боли внизу живота и в крестце. Эти боли нередко сопровождаются кровянистыми выделениями. Такие межменструальные кровотечения могут быть довольно обильными и иногда напоминают менструацию.

Кровотечение наступает в определенные дни, по всей вероятности, ко времени овуляции. Вследствие этого такие кровотечения бывают весьма регулярны и настолько цикличны, что больные иногда уверены в том, что у них менструация наступает 2 раза в месяц.

Причиной межменструального кровотечения является следующее: ко времени овуляции в организме образуется большое количество эстрогенного гормона; после овуляции происходит падение титра эстрогенного гормона, что и является причиной кровянистых выделений. Таким образом, причина кровотечения заключается не в акте лопания фолликула, а в падении эстрогенного титра.

Межменструальные кровотечения являются как бы симптомом, указывающим на наличие какой-то патологии не только в половом аппарате, но и в организме женщины вообще. Так как эти кровотечения наблюдаются не только при воспалительных заболеваниях женских половых органов, но и при других инфекциях — туберкулезе, малярии и пр., то в легких случаях, когда кровянистые выделения незначительные, нет надобности в специальном лечении. Правильный режим и общеукрепляющее лечение приносят большую пользу и дают хороший эффект. В тех случаях, когда межменструальное кровотечение усиливается или приобретает затяжной характер, необходимо произвести пробное выскабливание, чтобы не пропустить возможных изменений в самой матке, главным образом атипического роста злокачественного характера. Если же изменений в строении слизистой оболочки матки не обнаруживается, то само выскабливание может дать положительный эффект в смысле прекращения межменструального кровотечения.

При значительных кровотечениях хороший эффект дают инъекции тестостерон-пропионата по 25 мг 2 раза в неделю в первой фазе менструального цикла.

Ввиду того что межменструальное кровотечение наступает как результат падения эстрогенного титра после овуляции, можно ко времени овуляции (12—14—15-й день менструального цикла) в течение двух-трех дней вводить по 5000—10 000 единиц эстрогенов, чтобы предупредить падение их уровня.

Такое профилактическое введение эстрогенов в некоторых случаях предотвращает наступление межменструального кровотечения.

МАСТИТ (MASTITIS). ВОСПАЛЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Внедрение инфекции (стафилококк) большей частью происходит через трещины сосков.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Лихорадочное состояние, высокая температура, нередко ознобы; резкие боли и ощущение напряжения в молочной железе. Пальпацией удается определить уплотнение и резкую болезненность ограниченного участка; иногда флюктуацию.

Л е ч е н и е. Сухая поддерживающая повязка, ограничение питья; слабительные соли 25—30 г (отвлечение жидкости); внутрь сульфаниламидные препараты по 1 г 4—5 раз в день; лед на молочную железу (кормление больной грудью не отменять!). При обнаружении инфильтрата рекомендуются инъекции пенициллина внутримышечно по 50 000 ЕД, растворенных в 8—10 мл 0,25% раствора новокаина, 2 раза в день с промежутками в 6 часов.

При обнаружении фокуса размягчения — операция.

МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ (DESCENSUS, PROLAPSUS UTERI ET VAGINAE). П р и ч и н ы. Понижение тонуса мускулатуры тазового дна, слабость связочного аппарата матки, разрыв промежности с расхождением леваторов (незашитые разрывы промежности после родов).

Выпадение влагалища и матки может быть полным или частичным. При опущении и выпадении передней стенки влагалища опускается мочевой пузырь (cystocele); при опущении и выпадении задней стенки влагалища опускается передняя стенка прямой кишки (rectocele). При выпадении влагалища и матки вследствие трения выпавших частей о бедра и одежду, а также нарушения трофических процессов в выпавших тканях образуются пролежни и изъязвления.

С и м п т о м ы. Чувство тяжести и опущения внизу живота (ощущение присутствия инородного тела в стоячем положении, особенно при ходьбе), учащение мочеиспускания (cystocele), запоры (rectocele).

Т е ч е н и е и о с л о ж н е н и е. Опущение матки и влагалища с течением времени прогрессирует. При полном выпадении матки и влагалища — отек, гипертрофия, образование пролежней.

Л е ч е н и е. Пролежни: тампоны с мазью Вишневского, тампоны с пенициллиновой мазью. Новокаиновая блокада; вокруг участка, пораженного пролежнем, инъецируют 50 000 ЕД пенициллина, растворенных в 10 мл 0,25% раствора новокаина; блокада производится через день; всего проводят 8—10 сеансов.

После эпителизации места пролежня лечение проводят еще в течение 2—3 недель, так как, несмотря на эпителизацию, в строме остаются еще участки инфильтрации, и ранняя операция не дает надлежащего эффекта вследствие плохого заживления. Поэтому операцию после закрытия дефекта пролежня нужно производить не ранее чем через месяц, применяя в это время соответствующее лечение.

Лечение опущения и выпадения влагалища и матки о п е р а т и в н о е.

Ношение пессариев является паллиативным методом и длительное их применение ведет к образованию пролежня.

МЕНСТРУАЦИИ ВИКАРИРУЮЩИЕ. У некоторых девушек, даже у взрослых женщин, наблюдаются циклические, через 3—4 недели, кровотечения из носа, десен. Эти кровотечения, наступающие в определенные сроки, соответствуют срокам менструации, которые в таких случаях не появляются. Следовательно, эти кровотечения наступают вместо маточных менструальных кровотечений. Отсюда эти кровотечения называются замещающими, или викарирующими. Наиболее часто встречаются носовые кровотечения, которые наблюдаются большей частью у девочек в периоде полового созревания, а также в юношеском возрасте и у взрослых женщин, страдающих аменореей.

Викарирующие кровотечения большей частью необильны. Викарирующие кровотечения из кишечника могут стимулировать язву, а из легких — туберкулез.

Л е ч е н и е. В большинстве случаев викарирующие кровотечения, если они необильны, не требуют специального лечения. Достаточно применить кровоостанавливающие средства, например при носовых кровотечениях.

МЕТРИТ (METRITIS). ВОСПАЛЕНИЕ МЫШЦЫ МАТКИ.

Острый метрит (metritis acuta). Глубокое внедрение инфекции при эндометрите в строму и за пределы ее, обычно при инфекционных септических заболеваниях после родов и абортов.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Матка несколько увеличена, отечна, болезненна; нередко обнаруживаются обильные выделения гнойно-серозного характера; маточные кровотечения типа мено- и метроррагии *(см.)*; при гинекологическом исследовании нередко отмечается и отечная эрозированная шейка, а также воспаление придатков матки. Высокая температура.

Лечение. Покой, постельный режим, лед на низ живота. При болях — свечн с белладонной н пантопоном, сульфаннламидные препараты по 1 г 3—5 раз в день, пенициллин по 50 000 ЕД 6 раз в течение суток, внутривенно — 6—8 мл 10% раствора хлорнстого кальция; аутогемотерапия.

Хроиический метрит (metritis chronica). Переход острой формы в хроническую, расстройство гормональной функции яичника (персистирующий фолликул); нарушение кровообращения прн неправильных положениях маткн (особенно при ретрофлексин) и др.

Симптомы и теченне. Боли внизу живота и в крестце; выделения; маточные кровотечения типа мено-метроррагин.

Прн влагалищном исследовании матка, а иередко и шейка, плотны; матка болезненна, особенно прн комбинации метрнта с хронническим воспалением придатков.

При постановке днагноза исключить беременность (наблюденне 1—2 месяца за величиной матки, в трудных случаях — реакция Ашгейм-Цоидека).

Лечение. В пернод кровотечення — постельный режим; ннъекции маммофизина по 1 мл внутримышечио 1—2 раза в день, препараты маточных рожков, стиптицин (0,05 г 3—4 раза в день).

При отсутствни кровотечения, повышенного лейкоцитоза, ускореиной РОЭ — облучение живота ультрафиолетовыми лучамн, диатермия (вначале абдоминально-сакральная, а затем вагннально-сакральная), в дальнейшем грязевое лечение.

МЕТРОЭНДОМЕТРИТ см. *Эндометрит.*

МИОМА, ФИБРОМИОМА МАТКИ (MYOMA, FIBROMYOMA UTERI). Доброкачествениая мышечно-соединительная опухоль маткн. В завнсимости от превалирования в опухоли мышечной нли соединительиой ткани, что определяется прн исследованнн главным образом по консистенции матки, опухоль носит иазванне в первом случае миомы, во втором — фибромиомы. По месту расположения различают межмышечные, подслизистые, подсерозные и шеечные миомы (фибромиомы). Форма матки при фибромиомах бывает самая различная; круглая при межмышечной фибромиоме (миоме), бугристая прн иалнчии нескольких фиброзных узлов под серозной оболочкой. Иногда фиброзный узел отходит от матки на ножке. Такой узел может перекрутиться.

Быстрый рост матки и опухоли в молодом возрасте может быть обусловлен комбинацией опухоли с беременностью. В более пожнлом возрасте, особенно в периоде менопаузы, быстрый рост опухоли должен вызвать подозрение на злокачественное ее перерождение.

Вторичные изменения фибромиом: 1) некроз опухоли (нарушение пнтания, травматизация опухоли во время родового акта); опухоль становится мягкой консистенции, наступают внезапные боли; 2) картина, напоминающая септикопиемию (при проникновении инфекции нз полости маткн, особенно прн подслизистой фибромиоме); 3) саркоматозное перерождение, быстрый рост; 4) перекрут ножки опухоли.

Фибромиома матки нередко осложняет течение беременности и родов. Большая опухоль, расположенная в полости малого таза, делает в некоторых случаях невозможным прохождение головки плода по родовым путям. Такие беременные должны быть направлены в родильный дом за 10—15 дней до предполагаемого срока родов и помещены в палату (отделение) патологии беременности. Во время родов возможны кровотечения в последовом и в раннем послеродовом периоде.

Симптомы. Основным симптомом фибромиомы маткн является маточное кровотечение, чаще типа меноррагии. При наличии большой опухоли, давящей на мочевой пузырь, наблюдается частое мочеиспускание. При давлении на прямую кишку отмечаются запоры механического харак-

тера. В случаях шеечного расположения опухоли в результате сдавления канала шейки матки больные при наступлении менструации испытывают резкие боли вследствие затруднения в оттоке менструальной крови. Боли при наличии подсерозной фибромиомы или фибромиомы на ножке указывают на начальные явления перекрута.

Распознавание. Распознавание основано на анамнезе и результатах гинекологического исследования (большая плотная матка шаровидной или бугристой формы, наличие узлов на ножке, обнаружение рождающейся фибромиомы при осмотре при помощи зеркал).

Лечение. При небольших фибромиомах, протекающих без симптомов (нормальный менструальный цикл, отсутствие болей, отсутствие жалоб на функцию прямой кишки и мочевого пузыря), лечения не требуется. Больная должна находиться под наблюдением женской консультации и показываться врачу каждые 3 месяца.

При наличии небольшой, но сопровождающейся кровотечениями фибромиомы следует испробовать консервативное лечение; ионизацию молочных желез (аутомамминизацию) через день (15 сеансов), инъекции маммофизина по 1 мл через день (на курс 15 инъекций); во время менструации инъекции производят ежедневно. В случае отсутствия эффекта прибегают к операции или лечению рентгеновыми лучами. В молодом возрасте предпочтительнее произвести операцию, чтобы сохранить функцию яичников. При наличии беременности облучение лучами Рентгена противопоказано. Надо выждать до окончания срока беременности, произвести кесарево сечение, извлечь живого ребенка, и тут же произвести ампутацию матки.

В климактерическом возрасте, особенно при нарушении сердечной деятельности, наличии эмфиземы и т. п., назначают лечение рентгеновыми лучами. Однако перед этим необходимо произвести все исследования (выскабливание и микроскопическое исследование соскоба) для того, чтобы отвергнуть предположение о злокачественном новообразовании.

НЕДЕРЖАНИЕ, НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ. Неудержание мочи наблюдается при опущениях и выпадениях влагалища и матки, при ослаблении сфинктера и частичном нарушении его целости в связи с родовой травмой, а также при нарушении функции нервной системы. Недержание мочи является следствием мочеполовых свищей.

Лечение. При опущении, выпадении влагалища, матки производят пластические операции на промежности и передней стенке влагалища, операцию уретропластики. Общее укрепляющее лечение при нарушении функции нервной системы дает часто хорошие результаты. При недержании мочи (свищи) — оперативное лечение.

ОПУЩЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА см. *Матки и влагалища опущения и выпадения.*

ОПУЩЕНИЕ МАТКИ см. *Матки и влагалища опущения и выпадения.*

ПАРАМЕТРИТ (PARAMETRITIS). Воспаление околоматочной клетчатки. Редко встречается изолированно, обычно сочетается с заболеванием матки и ее придатков или соседних органов.

Внедрение инфекции происходит через надрывы в области шейки в нижнем сегменте матки, главным образом по лимфатическим путям и через лимфатические щели, особенно при септических заболеваниях после родов и аборта.

Воспалительный процесс околоматочной клетчатки наблюдается нередко при раке, саркоме матки, при парапроктите, аппендиците.

Симптомы и течение. Резкие боли внизу живота; высокая температура со значительными ремиссиями по утрам; озноб; расстройство мочеиспускания и дефекации (частое болезненное мочеиспускание, запоры); метеоризм; рвота.

Распознавание. При влагалищном исследовании — задний и боковой своды уплощены или выпячены; прощупывается плотный инфильтрат, нередко доходящий до костей таза.

Инфильтрат может быть односторонним, двусторонним; иногда он циркулярно охватывает всю матку; придатки отдельно не прощупываются.

Область инфильтрата резко болезненна, консистенция пастозна. В некоторых случаях ощущается флюктуация (эксудат или гной).

При параметрите рекомендуется, особенно при наличии высокой температуры, не ограничиваться однократным влагалищным исследованием для того, чтобы вовремя определить флюктуацию, наличие гноя (устанавливается пункцией) и провести своевременное лечение (кольпотомия).

Лечение. В острой стадии назначают абсолютный покой, лед на низ живота, молочно-растительный стол, обезболивающие свечи, сульфаниламидные препараты по 1 г 6 раз в сутки; внутримышечно — пенициллин по 50 000 ЕД через каждые 3 часа; внутривенно — хлористый кальций (5—8 мл 10% раствора ежедневно); аутогемотерапию.

При обнаружении флюктуации прибегают к пункции и кольпотомии с последующим дренированием. Введение в область параметрия 200 000—300 000 ЕД пенициллина через день.

В хронической стадии назначают горячие спринцевания, клизмы из ромашки, в которые прибавляют столовую ложку 20% водного раствора ихтиола; кварц, соллюкс на низ живота; влагалищно-сакральную диатермию.

В дальнейшем применяют лечение грязями (влагалищные грязевые тампоны, грязевые «трусы»).

Пельвеоперитонит (pelveoperitonitis). Воспаление брюшины малого таза. Септические заболевания после родов и аборта (стрептококк, стафилококк, кишечная палочка); гонококковая инфекция, прогрессирующие воспалительные процессы в придатках матки (труб, яичников). Проникновение инфекции через матку, трубы, по кровеносной, лимфатической системе.

Симптомы и течение. Высокая температура, частый пульс, озноб, общее плохое самочувствие, резкие боли в животе, вздутие живота и напряжение брюшных стенок. Болезненность ощущается больше внизу живота. При гнойном эксудате в заднем дугласовом пространстве нередко скапливается гной.

При пельвеоперитоните, вызванном гонококковой инфекцией, переход в диффузный перитонит наблюдается редко; стрептококковые же пельвеоперитониты нередко переходят в разлитой перитонит.

При скапливании гноя в заднем дугласовом пространстве гнойник может самопроизвольно опорожниться в мочевой пузырь, прямую кишку или во влагалище.

Лечение. Покой, лед на низ живота, болеутоляющие свечи, молочно-растительная диета; сульфаниламидные препараты по 1 г 6 раз в день; пенициллин внутримышечно по 100 000 ЕД через каждые 3 часа; физиологический раствор или 5% раствор глюкозы под кожу 1—2 раза в день по 1 л; сердечные средства. При выпячивании заднего свода, ощущении флюктуации в заднем дугласовом пространстве — пункции и кольпотомия.

В дальнейшем, после снижения температуры, аутогемотерапия (10 мл) через 2 дня на третий; согревающие компрессы на живот, освещение кварцевой лампой.

Более интенсивное лечение (диатермия, грязевая терапия) назначают через месяц после установления нормальной температуры.

Перекручивание ножки опухоли. Симптомы и течение. Резкие боли внизу живота, явления раздражения брюшины, тошнота, рвота, высокая температура.

Болезнь наступает внезапно, нередко ночью или утром, через 10—12 часов после перекрута ножки, т. е. после того, как начался некроз опухоли — фиброзного узла, стенок кисты; однако боли могут наступить и непосред-

ственно после перекрута ножки. При нарушении целости сосудов и наличии кровоизлияния в полость опухоли — признаки внутреннего кровотечения.

Лечение. При острых явлениях — немедленная операция. При нерезко выраженных симптомах, при небольшой величине опухоли — постельный режим; больная должна лежать на боку, противоположном стороне расположения опухоли; болеутоляющие свечи. В дальнейшем — операция в «холодном» периоде по поводу основного заболевания.

ПОЛИП МАТКИ (POLYPUS UTERI). Исходит из слизистой оболочки тела матки или шеечного канала. Различают слизистые, фиброзные, аденоматозные полипы, а также так называемые плацентарные полипы, образующиеся из остатков детского места после родов или абортов *(см.)*.

Полипы слизистой оболочки канала шейки матки обычно небольших размеров и хорошо видны при осмотре шейки при помощи зеркал. Однако в некоторых случаях полип удается обнаружить при осмотре во время менструации, когда он опускается ниже — ближе к наружному отверстию наружного зева. Полип тела матки постепенно вытягивается, свисает на ножке и, достигнув значительных размеров, становится видимым при осмотре при помощи зеркал.

При полипе как тела, так и шейки матки часто наблюдается нарушение менструального цикла (длительные обильные кровотечения). При полипе, выходящем за уровень наружного зева, нередко после полового сношения наблюдается кровотечение.

При ущемлении полипа наступает его некроз, нередко осложняющийся присоединившейся инфекцией.

Лечение хирургическое. Мелкие полипы откручивают, крупные удаляют путем отсечения ножки. После удаления полипа тут же следует произвести выскабливание слизистой матки (возможность других полипов выше обнаруженного).

Обязательно гистологическое исследование удаленного полипа и соскоба (возможность злокачественного новообразования).

ПОЯСНИЧНЫЕ БОЛИ наблюдаются при воспалительных процессах в женских половых органах (аднексит, параметрит — *см.*), неправильных положениях матки (фиксированная ретрофлексия, опущение, выпадение матки и влагалища); при экстрагенитальных заболеваниях, пиелите, нефрите, а также при различных аномалиях позвоночника; при ревматизме, подагре и невралгиях.

Распознавание. Чтобы установить истинную причину болей, необходимо подробно обследовать женщину, произвести гинекологическое, рентгенологическое, неврологическое и прочие исследования.

Лечение. Терапию назначают в зависимости от причины заболевания. При опущении и выпадении влагалища и матки — оперативное лечение, при воспалительных заболеваниях женских половых органов — противовоспалительное, при ревматизме и подагре — соответствующее лечение *(см.)*. Хорошие, но, к сожалению, временные результаты дают клизмы с ромашкой и антипирином (0,5 г на одну клизму) и ионизация новокаином.

РАК МАТКИ (CANCER UTERI). Различают рак шейки матки и рак тела матки. Рак шейки матки встречается значительно чаще (в 7—8 раз), чем рак тела матки. Рак матки встречается чаще всего в пожилом возрасте, но он может встретиться и в молодом, и даже в раннем детском возрасте.

Раковая опухоль, исходящая из шейки матки, может иметь тенденцию к росту или в сторону влагалища (экзофитная форма), или внутрь шейки, т. е. по направлению к телу матки (эндофитная форма).

Различают также папиллярную форму рака шейки матки, когда опухоль состоит как бы из мелких сосочков, которые принимают вид цветной

капусты, и кратерообразную, когда раковая опухоль изъязвляется, покрывается серым налетом и имеет углубление в центре в виде язвы, которую необходимо дифференцировать с сифилитической и туберкулезной.

Раковая опухоль распространяется на соседние органы — околоматочную клетчатку, прямую кишку, мочевой пузырь — и прорастает их с образованием пузырно-влагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей. Образуются метастазы в подчревные, подвздошные, поясничные, аортальные железы, а также в печень, легкие и другие органы. Рак тела матки распространяется так же, как и рак шейки матки, но несколько медленнее.

Симптомы. Одним из симптомов рака матки являются маточные кровотечения. Появление крови из половых путей в периоде менопаузы, когда у женщины менструации уже прекратились, является симптомом, заставляющим произвести все необходимые исследования для решения вопроса о наличии или отсутствии ракового новообразования.

Кровотечения, наступающие после половых сношений, весьма подозрительны в отношении рака шейки матки.

Беспорядочные атипические маточные кровотечения с нарушением менструального цикла у молодой женщины (точно так же, как кровянистые выделения после гинекологического исследования или после полового сношения) являются основанием для детального обследования ее половых органов.

Другим симптомом рака матки являются выделения. Вначале выделения могут быть водянистыми, жидкими, не очень обильными. Они могут наблюдаться до нарушений менструального цикла и появления кровянистых выделений в менопаузе; но в дальнейшем к ним присоединяется кровь; они становятся сукровичными, цвета мясных помоев, с резким, неприятным запахом. Такого характера выделения говорят о начавшемся распаде опухоли.

Боли появляются очень поздно — при прорастании раковой опухоли за пределы шейки или тела матки. В большинстве случаев такие формы рака являются уже неоперабильными.

Необходимо отметить, что симптом истощения, резкого похудания при раке матки может долгое время отсутствовать.

Распознавание. При малейшем подозрении на рак матки необходимо собрать очень тщательный и детальный анамнез, обращая особое внимание на указанные выше симптомы. Обязателен осмотр при помощи зеркал, исследование через влагалище, а также через прямую кишку.

При подозрении на рак шейки матки производят биопсию, при подозрении на рак тела матки — диагностическое выскабливание (гистологическое исследование полученного материала).

При подозрении на рак шейки матки, помимо биопсии, надо сделать пробное выскабливание слизистой тела матки (возможность рака тела матки!).

Лечение. Наилучшие результаты дает радикальная операция с последующей рентгенотерапией; некоторые хирурги применяют до операции рентгенотерапию. При запущенных формах проводят лечение лучами Рентгена и радия. Возможность оперативного вмешательства зависит главным образом от степени распространения и локализации ракового процесса.

Различают следующие четыре стадии распространения рака шейки и тела матки.

Рак шейки матки. I стадия. Рак строго ограничен шейкой.

II стадия. 1. Рак шейки с инфильтрацией параметрия с одной или с двух сторон, не переходящий, однако, на стенку малого таза (параметральный вариант). 2. Рак шейки с инфильтрацией влагалища в пределах верхних двух третей (влагалищный вариант). 3. Рак шейки с инфильтрацией тела матки (маточный вариант).

III стадия. 1. Рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или на двух сторонах, перешедший на стенки малого таза (параметральный вариант). 2. Рак шейки с распространением на нижнюю часть влагалища (влагалищный вариант). 3. Рак шейки при наличии малой первичной опухоли шейки и изолированных метастазов у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант).

IV стадия. 1. Рак шейки с переходом на мочевой пузырь (пузырный вариант). 2. Рак шейки с переходом на прямую кишку (ректальный вариант). 3. Рак шейки с отдаленными метастазами (метастатический вариант).

Рак тела матки. I стадия. Рак тела матки ограничен пределами эндометрия.

II стадия. 1. Рак тела матки с инфильтрацией миометрия. 2. Рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, не перешедший на стенку малого таза. 3. Рак тела матки с переходом на шейку матки.

III стадия. 1. Рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, перешедший на стенку таза. 2. Рак тела матки с метастазами в регионарных лимфатических узлах, в придатках, во влагалище.

IV стадия. 1. Рак тела матки с прорастанием брюшины, мочевого пузыря, прямой кишки. 2. Рак тела матки с отдаленными метастазами. При запущенных раковых процессах, когда оперативное и лучевое лечение не показано, рекомендуются меры для облегчения страданий больных, главным образом введение морфина 2—3—4 раза в сутки.

Профилактика. Ознакомление населения с ранними признаками рака; разъяснение необходимости раннего обращения к врачу при появлении первых симптомов заболевания; проведение профилактических осмотров женщин независимо от возраста в целях выявления не только ранних стадий рака, но и воспалительных заболеваний полового аппарата и привлечения больных в женскую консультацию.

СВИЩИ (FISTULAE). Чаще встречаются пузырно-влагалищные и прямокишечно-влагалищные свищи, реже — мочеточнико-влагалищные, мочеточнико-шеечные, уретро-влагалищные и пузырно-шеечные свищи.

Причины. Родовая травма; узкий таз; длительный период вставления головки; прижатие мягких родовых путей к костям таза с последующим некрозом тканей; повреждение мочевого пузыря при перфорации головки плода, при применении акушерских щипцов.

Свищи могут образоваться как осложнение во время и после гинекологических операций; нарушение целости мочевого пузыря и мочеточников при операции, травма мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки с образованием некроза после операции.

Свищи могут образоваться после интенсивного облучения радием при неумелом и неправильном его применении и т. п.

При нарушении целости тканей во время операции и родов свищи появляются непосредственно после травмы.

Свищи, образовавшиеся вследствие некроза тканей, могут проявиться через 8—10—12 дней после родов или операции.

Лечение оперативное.

СЕПСИС см. *Хирургические болезни.*

ТРОМБОФЛЕБИТ см. *Хирургические болезни.*

УЩЕМЛЕНИЕ МАТКИ (INCARCERATIO UTERI) наблюдается главным образом при беременности и реже при опухолях матки вне беременности.

Если беременность сочетается с резким перегибом матки кзади (retroflexio uteri gravidi), фиксированной спайками, беременная матка не может выйти из полости малого таза и с развитием беременности плотно вколачивается в малый таз. Так происходит ущемление матки.

Если вне беременности из задней стенки резко загнутой кзади матки исходит фиброзная опухоль, то по мере роста она также может вколотиться в малый таз. Таким образом вместе с маткой ущемляется и опухоль.

Симптомы и течение. Резкие боли внизу живота, в пояснице; запоры вследствие сдавления прямой кишки телом матки или опухолью. Шейка матки упирается в симфиз и прижимает к нему мочевой пузырь, вследствие чего происходит задержка мочеиспускания или затруднение при мочеиспускании. При этом создается опасность некротизации детрузора мочевого пузыря и образования пузырно-влагалищного или уретро-влагалищного свища.

Лечение. Опорожнить катетером мочевой пузырь. Введенными в задний свод двумя пальцами осторожно вывести матку из полости малого таза. В случае неудачи госпитализация.

ЭНДОМЕТРИТ (ENDOMETRITIS). ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ. Вызывается стрептококком, стафилококком, кишечной палочкой, гонококком, туберкулезной палочкой.

Острая форма эндометрита встречается после родов и абортов, а вне беременности — как восходящий процесс при заболевании гонореей, при восходящей инфекции другой этиологии (стрептококк, стафилококк, кишечная палочка), а также как следствие нисходящей инфекции (туберкулез, грипп).

При острой форме эндометрита отмечается повышение температуры, резкие боли внизу живота, обильные выделения, часто с примесью крови, ознобы, лейкоцитоз, ускорение РОЭ, сдвиг влево формулы белой крови. При влагалищном исследовании матка несколько увеличена, отечна, болезненна при пальпации. Нередко эндометрит сочетается с воспалением шейки матки, миометрия и придатков матки.

Хроническая форма эндометрита по существу является дальнейшим развитием острой формы.

При хронической форме эндометрита матка умеренно увеличена, плотна, часто ограничена в подвижности вследствие наличия спаек (сопутствующий аднексит или периметрит), несколько болезненна. Воспалительный процесс нередко распространяется на мышечный слой матки (см. *Метрит*).

Лечение. В острой стадии: постельный режим, лед на низ живота, спорынья, питуитрин или маммофизин по 1 мл под кожу, 5—10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно и одновременно аутогемотерапия (8—10 мл через день) в количестве 8—10 процедур.

При септической форме эндометрита — пенициллин внутримышечно через 3 часа по 50 000—100 000 ЕД, сульфаниламидные препараты по 1 г 6 раз в день.

В хронической стадии: ультрафиолетовые лучи, соллюкс на низ живота, влагалищно-крестцовая диатермия, грязевое лечение.

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (EROSIO COLLI UTERI). Образование эрозии — результат нарушения целости и разрушения покровного плоского эпителия шейки матки с обнажением стромы и развития воспалительного процесса вследствие внедрения микробов (стрепто- и стафилококк, гонококк).

Эрозия может быть вызвана также внедрением туберкулезной палочки, бледной спирохеты (туберкулезная, сифилитическая эрозия или язва).

Эрозия может образоваться вследствие роста новообразования (рак). Длительно протекающая эрозия, не поддающаяся лечению, должна рассматриваться как предраковое состояние.

Симптомы и течение. Гнойные серозные выделения, иногда с примесью крови; при наличии трихомонадного заболевания выделения пенистые, при заболевании гонорейной этиологии — зеленоватые.

Кровоточивость эрозии (после половых сношений, влагалищных исследований) вызывает подозрение на рак.

Простая эрозия при соответствующем лечении эпителизируется в течение 2—3 месяцев.

Распознавание. Обязателен осмотр при помощи зеркал. При подозрении на рак необходимо произвести биопсию и гистологическое исследование.

Лечение. При установлении заболевания вышерасположенных отделов полового тракта (эндоцервицит, аднексит) необходимо провести соответствующее лечение. Тампоны с синтомициновой эмульсией. Аутогемотерапия в шейку матки: из локтевой вены берут 5 мл собственной крови больной и двумя-тремя инъекциями вокруг эрозии вводят в шейку матки. Инъекции производятся через день, всего делают 8—10 процедур.

Хорошие результаты дает совместное введение собственной крови больной с пенициллином. Для этого пенициллин в количестве 200 000—300 000 ЕД разводят в 1 мл физиологического раствора. Затем в тот же шприц набирают 3—4 мл крови больной и производят инъекции вокруг эрозии, как описано выше. При длительно протекающей эрозии применяют электрокоагуляцию. Однако, прежде чем приступить к электрокоагуляции, надо исключить раковый процесс в шейке путем биопсии и гистологического исследования. С 4—5-го дня после электрокоагуляции проводят курс аутогемотерапии в шейку матки. Инъекции производят через день, 5—6 раз.

В редких случаях при очень обширных, трудно поддающихся лечению (после того как был исключен рак) эрозиях, производят ампутацию шейки матки.

ГЛАВА X

БОЛЕЗНИ УХА, НОСА И ГОРЛА

АБСЦЕСС (НАРЫВ) ЗАГЛОТОЧНЫЙ (ABSCESSUS RETROPHARYNGEALIS). Нагноение лимфатических узлов, расположенных в заглоточном пространстве. Наблюдается в раннем возрасте (до 2 лет), возникает чаще после ангины, воспалительных инфекционных заболеваний носа и носоглотки (острый насморк).

Симптомы и течение. Резко повышенная температура, затрудненное глотание, затрудненное носовое дыхание, носовой оттенок голоса, который становится глухим, инспираторная одышка, сопровождающаяся влажными хрипами и клокотанием в горле. Вследствие резких болей при глотании дети отказываются от еды. Характерно вынужденное положение головы — она отклонена кзади и в больную сторону. Довольно часто наблюдается воспалительная инфильтрация позади угла нижней челюсти и болезненное увеличение лимфатических узлов, расположенных несколько ниже угла нижней челюсти. На задней стенке глотки или носоглотки — шарообразное выпячивание флюктуирующей опухоли (зыбление).

Лечение. Возможно раннее вскрытие нарыва с необходимыми предосторожностями во избежание затекания гноя в гортань — нагибание головы кпереди и книзу немедленно после вскрытия нарыва. Пенициллинотерапия как в стадии инфильтрации, так и при нагноении.

АБСЦЕСС ЗАГЛОТОЧНЫЙ БОКОВОЙ (ABSCESSUS LATEROPHARYNGEALIS). Располагается на боковой стенке глотки — в окологлоточном пространстве. Чаще наблюдается у взрослых. Возникает в результате травмы слизистой оболочки глотки или инфицирования клетчатки ее боковой части, а также после ангины или перитонзиллярного абсцесса. Такие абсцессы могут быть также ушного происхождения; в этих случаях при острых процессах и обострениях хронических процессов в височной кости гной проникает из сосцевидного отростка.

Симптомы и течение. Повышенная температура, тяжелое общее состояние, иногда ознобы, сильная боль при глотании, реже затрудненное дыхание. В отличие от заглоточного абсцесса отмечается затрудненное открывание рта. Боковая стенка глотки гиперемирована и отечна, миндалина, почти не вовлеченная в процесс, выпячивается кпереди.

Лечение. Вначале лед на шею, глотание льда кусочками. При отсутствии успеха от этих мероприятий — согревающие компрессы на шею, теплые полоскания, паровые ингаляции. При намечающейся флюктуации — вскрытие абсцесса. Пенициллинотерапия как в стадии инфильтрации, так и при нагноении.

АБСЦЕСС НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ см. *Гематома носовой перегородки.*

АБСЦЕСС ОКОЛОМИНДАЛИКОВЫЙ (ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ) (ABSCESSUS PERITONSILLARIS). Возникает как осложнение при обострении хронического воспаления миндалин, чаще после острых ангин. Инфекция проникает через миндаликовые щели (лакуны) в околоминдаликовую клетчатку и вызывает ее воспаление с последующим образованием нарыва.

Симптомы и течение. Резкая боль при глотании, отдающая в ухо. Температура высокая (38—40°). Соответствующая половина мягкого неба гиперемирована и отечна; язычок смещается в противоположную сторону. Лимфатические узлы (шейные и подчелюстные) часто увеличены и болезненны. Больной с трудом раскрывает рот; голос становится гнусавым, принятие пищи затруднено или делается невозможным. Жидкая пища часто попадает в нос.

Лечение (см. также *Лечение ангин*). Для ускорения созревания нарыва назначают тепло во всех видах: согревающие компрессы на шею, паровые вдыхания, частые полоскания слабо дезинфицирующими теплыми растворами (борная кислота, риванол, марганцовокислый калий, перекись водорода). При сильных болях — аспирин или пирамидон с кофеином; при бессоннице — люминал. Пенициллин по 100 000 ЕД внутримышечно через 3—4 часа в течение 2—3 дней. При намечающемся зыблении — вскрытие нарыва в месте наибольшего выпячивания через переднюю небную дужку скальпелем, обернутым липким пластырем так, чтобы самый конец его на 0,5 см оставался свободным. Сначала делают небольшой надрез, а затем рану расширяют тупым путем (корнцангом, желобоватым зондом или другим инструментом). Если определить размягчение не удается, разрез производят на середине линии, соединяющей язычок и последний коренной зуб, на глубину 1—1,5 см. Созревший нарыв можно вскрыть и тупым путем через надминдаликовую ямку или лакуну, прорвав капсулу миндалика изогнутым зондом, специальным инструментом Шнейдера или изогнутым корнцангом.

АДЕНОИДЫ (VEGETATIONES ADENOIDES). ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ. Часто возникают после перенесенных инфекционных болезней (корь, скарлатина, дифтерия, грипп и т. д.); наблюдается чаще в возрасте от 3 до 8—10 лет.

Симптомы и течение. Закладывание носа и постоянный насморк, не поддающийся обычному терапевтическому воздействию. Больные спят с открытым ртом (храпят во время сна), днем в большинстве случаев рот также полуоткрыт. Нередко больные жалуются на головную боль и невозможность сосредоточить внимание при умственной работе (часто отстают в учебе). Аденоиды являются источником часто повторяющихся острых воспалений носоглотки вследствие наличия в их бухтах и складках обильной бактериальной флоры. Нередко процесс переходит в евстахиеву трубу и вызывает воспаление среднего уха. В результате нарушенной вентиляции евстахиевой трубы и среднего уха часто отмечается значительное понижение слуха.

Распознавание при помощи задней риноскопии и путем ощупывания носоглотки пальцем.

Лечение. Оперативное удаление аденоидов. При противопоказаниях к операции — рентгенотерапия.

АНГИНЫ ИНФЕКЦИОННЫЕ (ANGINAE INFECTIOSAE). Ангина — острое общее инфекционное заболевание с характерными местными воспалительными изменениями лимфаденоидной ткани в области зева и глотки. Наиболее часто наблюдается поражение небных миндалин, реже третьей (расположена в носоглотке) и четвертой (расположена у корня языка) миндалины.

Этиология и патогенез. Возбудители — различные микробы, чаще стрептококки, реже диплококки, пневмококки, веретенообразная палочка совместно со спирохетами, стафилококки и др. В возникновении, течении и исходе заболевания главное значение имеет состояние защитных сил организма. Ангина может возникнуть от занесения инфекции извне или вследствие повышения болезнетворности микробов, постоянно находящихся в лакунах и складках миндалин, чему способствует ослабление организма под влиянием переохлаждения и других неблагоприятных внешних условий. Заболеваемость ангинами возрастает обычно весной и осенью в связи

с температурными колебаниями. Возникновению очагов заболевания (семейные ангины) способствует капельный способ передачи инфекции и однородность бытовых условий. Чаще встречается три вида ангин: катаральная (в воспаление вовлечена главным образом слизистая оболочка зева), лакунарная (воспаление сосредоточено преимущественно в лакунах миндалин) и фолликулярная (поражается паренхима миндалины — фолликулы). Наблюдаются и сочетанные формы, когда все составные части миндалины вовлекаются в процесс одновременно.

Ангина — острый инфекционный процесс, нередко он является причиной тяжелых общих заболеваний (сепсис, заболевание суставов, сердца, почек и т. п.), в других случаях ангина сопутствует ряду общих заболеваний самого разнообразного происхождения (ангина при скарлатине, кори, дифтерии; ангины при заболеваниях крови и т. д.).

АНГИНА КАТАРАЛЬНАЯ (ANGINA CATARRHALIS ACUTA). Симптомы и течение. Вначале чувство сухости, саднения в горле, затем боли при глотании, иногда отдающие в ухо, усиленное слюноотделение и потребность часто глотать. Общие признаки: разбитость, головная боль, боли в суставах и во всем теле, познабливание или озноб. Температура повышена, а у маленьких детей может достигать высоких цифр и сопровождаться рвотой. Миндалины гиперемированы, несколько припухшие, покрыты слизью; в более тяжелых случаях точечные кровоизлияния в их слизистой. Ближайшие к пораженной миндалине (регионарные) шейные лимфатические узлы обычно увеличены, болезненны.

АНГИНА ЛАКУНАРНАЯ (ANGINA LACUNARIS). Инфекционное заболевание, нередко встречающееся в виде семейных и больничных эпидемий. Обычно протекает при более резко выраженных общих явлениях, чем катаральная ангина. Начинается внезапно — высокой температурой до 40°. У детей часто сопровождается бредом, общей разбитостью, головной болью, болью при глотании. На покрасневшей и припухшей слизистой миндалин в устьях лакун образуются наполняющие щели и выступающие из их глубины желтовато-белого цвета налеты. Налеты состоят из серозно-фибринозного выпота с примесью эпителия, лейкоцитов и микроорганизмов (чаще стрептококков). Сами миндалины обычно увеличиваются в объеме. Налеты в виде полос могут постепенно распространяться и на возвышенные участки миндалины, но в отличие от дифтерии никогда не переходят за их пределы. Они легко снимаются ваткой, навернутой на зонд. Близлежащие регионарные лимфатические шейные узлы увеличены, болезненны. Температура держится обычно 3—4 дня.

АНГИНА ЛЮДОВИКА (ANGINA LUDOVICI). Острое флегмонозное воспаление клетчатки дна полости рта. Вначале ощущение неловкости и напряжения в подбородочной и подчелюстной области, боли при разговоре, жевании и глотании, общая разбитость, высокая септическая температура, отсутствие аппетита, бессонница. Прощупывается плотный, как доска, инфильтрат, который постепенно выполняет все пространство подчелюстной, а иногда и подбородочной области и может спускаться вниз по боковой и средней части шеи. Кожа над инфильтратом красная и отечная. Слизистая дна ротовой полости резко отечна. Раскрывание рта ограничено, болезненно; речь невнятна. В более тяжелых случаях вследствие общего отравления (токсинами) и сдавления инфильтратом больших шейных сосудов и дыхательного горла появляется синюха, одышка, иногда асфиксия.

АНГИНА ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ (ANGINA FOLLICULARIS). Протекает самостоятельно или присоединяется к лакунарной ангине. Болезнь часто начинается внезапным ознобом и общим недомоганием, головной болью, болью при глотании, в конечностях, спине; температура повышается до 40° и выше. На покрасневшей поверхности обеих припухших миндалин появляется большое количество круглых, слегка возвышающихся желтовато-белых островков — налетов величиной с булавочную головку (нагноившиеся фолликулы миндалин). В связи с припуханием слизистой зева голос

нередко приобретает гнусавый оттенок. Ближайшие лимфатические шейные узлы увеличены, болезненны. Болезнь течет бурно; заканчивается она обычно в течение недели выздоровлением или переходит в хронический тонзиллит. Ангины нередко сопровождаются осложнениями местного (околоминдаликовый нарыв, воспаление среднего уха) и общего (сепсис, эндокардит, пиемия, менингит, ревматизм, заболевание почек) характера.

АНГИНА ЯЗВЕННО-ПЛЕНЧАТАЯ (ANGINA ULCERO-MEMBRANACEA). Проявляется в виде желтовато-пленчатых некротических налетов, расположенных на миндалинах и мягком небе. Налеты имеют иногда наклонность распространяться и на другие участки слизистой глотки, рта и гортани (это в таких случаях напоминает дифтерию). Налеты легко снимаются, под ними обнаруживаются поверхностные язвы с неровными, подрытыми краями, склонные углубляться. Язвенный распад сопровождается неприятным запахом изо рта. Регионарные шейные лимфатические узлы, как и глотание, мало болезненны. Температура субфебрильная, чаще нормальная. Заболевание продолжается около недели, но иногда при отсутствии лечения может тянуться неделями. В этих случаях изъязвление принимает ползучий характер, а в процессе разрушения может вовлекаться не только слизистая оболочка, но иногда и подлежащие ткани, вследствие чего при переходе процесса на надкостницу наблюдается некроз и прободение твердого неба, разрушение десен и выпадение зубов. Поверхностные язвы обычно заживают без образования дефектов.

Лечение ангин. Постельное содержание, покой, обильное питье, жидкая, теплая, питательная пища, витамины. Следить за состоянием сердца, кишечника, почек (исследовать кровь и мочу). Полоскание зева слабым раствором вяжущих (шалфей, ромашка) и обеззараживающих средств: борная кислота ($^1/_2$ или 1 чайная ложка на стакан воды), марганцовокислый калий (1 : 2000), 3% раствор перекиси водорода и др. Согревающий компресс на шею, лучше спиртовой ($^1/_3$ спирта на $^2/_3$ воды); бинтовать непременно через голову. Компресс менять через 3—4 часа с двухчасовыми перерывами. Внутрь — сульфаниламидные препараты (белый стрептоцид, сульфодимезин, норсульфазол), в зависимости от возраста от 0,1 до 1 г на прием через каждые 4 часа. При септических и других осложнениях — сульфаниламидные препараты, пенициллин внутримышечно 100 000 ЕД, в зависимости от тяжести процесса, через каждые 3—4 часа в течение 2—3 суток. Пенициллин и экмолин в таблетках для сосания. При ангинах, особенно вызванных пневмококком и стафилококком, рекомендуется применение биомицина в таблетках — по 2—3 таблетки 4—5 раз в день (в таблетке 100 000 ЕД).

Rp. Biomycini hydrochlorici 100 000 ЕД
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2—3 таблетки 4—5 раз в день за полчаса до еды, запивая водой

При малейшем подозрении на дифтерию — немедленное введение противодифтерийной сыворотки даже в случае отрицательных результатов бактериологического исследования. При язвенно-пленчатой ангине — смазывание язв миндалин 1% раствором Люголя, 3% раствором хромовой кислоты; припудривание их новарсенолом, полоскание 2% раствором серебряной соли норсульфазола (не более 30 мл); пенициллин. При ангине Людовика — хирургическое лечение, пенициллин, биомицин.

ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ОСТРОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ. Острое воспаление часто возникает в течение острого насморка, гриппа, кори, скарлатины и других инфекционных заболеваний.

Симптомы и течение. В легких случаях болезнь иногда протекает незаметно и проходит без всякого лечения. В более выраженных

случаях больные жалуются на чувство давления и напряжения в области пораженной пазухи и одновременно на односторонний насморк, временами более обильное слизистое или даже гнойное отделяемое из одной половины носа; головную боль, иа боль при давлении в области соответствующей пазухи (лобной, гайморовой). В более тяжелых случаях присоединяются невралгические боли, локализующиеся часто в области лба, виска, скуловой кости, корня носа, и зубная боль. Температура обычно повышена. Нередко при заболеваниях гайморовой полости отмечается воспалительная припухлость щеки, а при заболевании лобной пазухи — припухлость области лба с отеком верхнего века, светобоязнь и слезотечение. Заболевание клеток решетчатого лабиринта чаще протекает в комбинации с заболеваниями лобной или гайморовых полостей.

При хроническом воспалении все субъективные симптомы выражены значительно слабее. Жалобы больных сводятся к одностороннему, часто гнойному хроническому насморку, иногда головной боли, быстрой утомляемости при умственной работе. Двустороннее заболевание пазух, встречающееся несколько реже, конечно, будет сопровождаться и двусторонней симптоматикой.

Очень часто на больной стороне отсутствует обоняние. При передней риноскопии обычно отмечают гиперемию и отечность слизистой оболочки среднего носового хода, избыток слизистого отделяемого в нем и иногда полоску гноя в среднем или верхнем носовом ходе. При хронических процессах часто можно наблюдать полипы в области среднего носового хода.

Распознавание. Для окончательного диагноза и разграничения поражений гайморовой, лобной, основной пазух и клеток решетчатого лабиринта требуется ряд дополнительных исследований, производимых врачом-специалистом: просвечивание пазух (диафаноскопия), рентгенография, пробный прокол и промывание гайморовой полости.

Лечение. В острых случаях воспалений придаточных пазух носа с повышенной температурой больные нуждаются в стационарном лечении, или во всяком случае в постельном содержании. Обычно назначают жаропонижающие (аспирин 0,5 г, кофеин 0,1 г) по одному порошку 2—3 раза в день, а для уменьшения набухлости слизистой в области выводных отверстий придаточных пазух и облегчения оттока отделяемого — смазывание 5% раствором кокаина среднего носового хода или впускание кокаиновых капель с адреналином или эфедрином.

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,2
Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% gtt. X
Sol. Acidi borici 4% 10,0
MDS. По 10 капель 3—4 раза в день

или (что лучше):

Rp. Cocaini hydrochlorici
Ephedrini hydrochlorici āā 0,2
Sol. Acidi borici 4% 10,0
MDS. По 10 капель 3—4 раза в день

При впускании капель голова должна быть достаточно запрокинута и слегка повернута в больную сторону, с тем, чтобы капли попали в средний носовой ход. Суженное вследствие набухания слизистой выходное отверстие придаточной пазухи расширяется. В некоторых случаях можно наблюдать непосредственное вытекание гноя из среднего носового хода.

Весьма содействуют излечению острого воспаления придаточных пазух согревающие компрессы, грелки и освещение лампами Минина или лампой соллюкс, особенно УВЧ терапия.

После стихания острых явлений и при наличии удовлетворительного оттока через лобно-носовой канал назначают 10—15 сеансов диатермии для ускорения ликвидации воспалительных явлений.

В тяжелых случаях, сопровождающихся общей интоксикацией, резкими головными болями и обильным отделяемым из носа, в течение 3—5 дней применяют внутримышечно пенициллин. При затянувшемся течении с обильным выделением гноя, а также при неблагоприятных анатомических соотношениях прибегают к небольшим оперативным вмешательствам, которые производит врач-специалист (частичное удаление средней носовой раковины, повторные проколы гайморовой пазухи с последующим вливанием пенициллина).

Как болеутоляющее средство при головных болях назначают анальгин.

Rp. Analgini 0,5
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Хронические воспаления придаточных пазух вначале лечат так же, как и острые. При неблагоприятных анатомических соотношениях для стока отделяемого производят частичное удаление средней раковины и резекцию искривленной носовой перегородки. В случае неуспеха такого лечения прибегают к хирургическому вскрытию и дренированию через нос пораженной пазухи. Операцию должен производить врач-специалист.

ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА ОСТРОЕ (OTITIS MEDIA ACUTA). У детей грудного и раннего возраста острые отиты встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Отит возникает в случае попадания инфекции в барабанную полость при насморке, аденоидах, усиленном сморкании или промывании носа и особенно при острых инфекционных заболеваниях (грипп, корь, скарлатина) и при заболеваниях, которые ведут к снижению общей сопротивляемости организма. Наиболее частые возбудители — стрептококки и стафилококки.

Симптомы и течение. Тяжесть течения острых отитов зависит от общей реактивности организма, регулируемой деятельностью центральной нервной системы. Жалобы на резкие боли в ухе, понижение слуха, шум в ушах, повышение температуры (у детей до 40°). При осмотре барабанной перепонки — гиперемия, сглаживание опознавательных пунктов, затем выпячивание перепонки. В дальнейшем возможно прободение ее и гноетечение из уха; после этого температура обычно падает, все субъективные явления проходят. Обратное развитие болезни и выздоровление возможны в любой ее стадии. Течение в основном зависит от общего состояния организма. Наиболее частые осложнения — мастоидиты, воспаления внутреннего уха (лабиринтит), реже внутричерепные осложнения (менингит, нарыв мозга) (см. гл. *Болезни нервной системы*) и сепсис.

Лечение. До прободения — вливание в ухо 3—5% раствора карболово-глицериновых капель в теплом виде (по 5—8 капель), аспирин (по 0,5 г 3 раза в день), согревающий компресс на область уха и сосцевидного отростка. При очень высокой температуре назначают сульфаниламиды по 2—4 г в день, пенициллин по 400 000—800 000 ЕД в сутки равными дозами через 3 часа (внутримышечно). При выпячивании барабанной перепонки, резких болях и высокой температуре делают парацентез (разрез барабанной перепонки). С появлением гнойного отделяемого после разреза или самопроизвольного прободения перепонки карболово-глицериновые капли отменяют и назначают сухую очистку слухового прохода ватой, намотанной на зонд, с последующим введением теплых капель перекиси водорода или 0,5% раствора сернокислого цинка (Sol. Zinci sulfurici 0,5%), затем вторично высушивают слуховой проход и осторожно вводят туда марлевый тампончик. Такие процедуры, в зависимости от интенсивности гноетечения, повторяют 3—5 раз и больше в день.

Профилактика острых воспалений среднего уха складывается из борьбы с инфекционными заболеваниями, а также с острыми и хроническими заболеваниями носа и носоглотки. Раннее лечение острых воспалений носа и носоглотки, а также закаливание организма против простудных заболеваний резко понижают частоту ушных заболеваний.

ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА ХРОНИЧЕСКОЕ ГНОЙНОЕ (OTITIS MEDIA PURULENTA CHRONICA). Острое гнойное воспаление среднего уха переходит в хроническое при небрежном лечении, наличии хронических воспалительных процессов в носу и носоглотке (гнойное воспаление пазух, аденоиды и т. д.), понижении общей сопротивляемости организма.

Симптомы и течение. Стойкое прободение барабанной перепонки, постоянное или периодически повторяющееся гноетечение из уха, нередко зловонное, развитие грануляций и полипов, понижение слуха.

Лечение. В случае преимущественного поражения слизистой оболочки среднего уха назначают очистку уха ватой, навернутой на зонд, с последующим впусканием капель борного спирта (Acidi borici 0,3, Spiritus vini 70° 10,0), фурацилина (Furacilini 0,02, Spiritus vini 70° 15,0) или сульфацила (Sulfacyli 1,0, Spiritus vini 60° 10,0), или вдувание в ухо после его очистки порошка борной кислоты или сульфаниламидов. При поражениях кости (кариес, холестеатома) — консервативное лечение и затем удаление полипов, прижигания грануляций 10—30% раствором ляписа, промывания надбарабанного пространства. В случае неуспеха такого лечения — радикальная операция или тильпанопластика.

Как и при всех воспалительных заболеваниях уха, обязательно лечение заболеваний носа и носоглотки.

ГАЙМОРИТ см. *Воспаление придаточных пазух носа.*

ГЕМАТОМА (КРОВЯНАЯ ОПУХОЛЬ) НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. Наружные повреждения носа часто ведут к подслизистой гематоме носовой перегородки, которая при вторичном инфицировании осложняется нарывом.

Симптомы и течение. При риноскопии или даже при подимании кончика носа пальцем видна выпирающая из носового отверстия, обычно с двух сторон, мешковидная ярко-красная опухоль, легко сжимаемая при дотрагивании пуговчатым зондом. Температура обычно повышена, нос заложен, головная боль.

Лечение. Операция, которую должен производить врач-специалист. Пенициллинотерапия.

ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ см. *Аденоиды.*

ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН. Встречается обычно в детском возрасте как реакция после острых инфекционных заболеваний.

Симптомы и течение. Миндалины резко увеличены, выступают из-за небных дужек, иногда соприкасаются одна с другой и закрывают вход в глотку; воспалительные явления у детей обычно отсутствуют.

Лечение. В случаях, когда гипертрофия миндалин сопровождается нарушением дыхания или голосового звучания, прибегают к оперативному вмешательству, которое производит врач-специалист.

ГЛУХОНЕМОТА. Причиной немоты является глухота врожденная вследствие недоразвития периферических нервных окончаний во внутреннем ухе или приобретенная в раннем детстве в результате инфекции (цереброспинальный менингит, скарлатина, корь, дифтерия и т. д.).

Симптомы. Изменения со стороны барабанной перепонки и среднего уха встречаются в случаях приобретенной глухонемоты. У некоторых глухонемых наблюдается полное выпадение слуховой функции (абсолютная глухота), у других остатки слуха сохранены. Наличие более или менее значительных остатков слуха дает основание надеяться при применении специальных упражнений на улучшение слуха.

Лечение. В большинстве случаев глухота, обусловленная гибелью нервных окончаний внутреннего уха, не поддается лечению. Наоборот, при

глухоте, связанной с заболеванием среднего уха, следует применять энергичное лечение. Остатки слуха у глухонемых развивают при помощи специальной акустической аппаратуры. Глухонемых обучают в особых школах. Отсутствие слуховых восприятий компенсируется зрительными (обучение чтению с губ). В этих же школах их обучают устной речи с положительными результатами: многие глухонемые кончают средние и высшие учебные заведения.

ДИФТЕРИЯ ГОРТАНИ см. *Круп гортанный истинный.*

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГОРТАНИ И БРОНХОВ. В гортань, трахею и бронхи при внезапном вдохе, во время крика, разговора, смеха, реже во время еды могут попасть различные инородные тела из полости рта.

Симптомы и течение. Периодические припадки судорожного кашля и удушья. При застревании инородного тела между голосовыми связками обычно происходит внезапная потеря голоса. Подвижные инородные тела в дыхательном горле, ударяясь при дыхании о нижнюю поверхность голосовых связок, производят характерный хлопающий шум. Они легко выбрасываются из дыхательного горла при трахеоскопии и трахеотомии. Плотно засевшее в одном из бронхов, чаще в правом, инородное тело вызывает в соответствующей половине легкого ослабление дыхательного шума, притупление перкуторного звука и уменьшение размаха колебаний грудной клетки. Легкие и подвижные инородные тела могут выбрасываться рефлекторным кашлем, что наблюдается, однако, редко. Продолжительное пребывание инородного тела ведет к воспалению легких, гнойнику или гангрене легкого, что может повести к диагностической ошибке при недостаточно тщательно собранном анамнезе.

Лечение. Удаление инородных тел путем бронхоскопии, которое производит врач-специалист. В случаях резкого нарушения дыхания — трахеотомия и последующее удаление инородного тела.

Профилактика. В отношении инородных тел верхних дыхательных путей профилактика состоит в разъяснении родителям опасности, которую представляют мелкие предметы игры. Поэтому их необходимо устранять из обихода ребенка. Необходимо также более внимательно относиться к приготовлению пищи ребенка (удалять из пищи мелкие мясные и рыбные кости, фруктовые косточки, зерна и т. д.). Родители должны быть соответствующим образом проинструктированы и знать, что в случае попадания инородного тела и затрудненного дыхания необходимо немедленно обратиться к врачу.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА НОСА. Чаще встречаются у детей, которые вводят их в полость носа во время игры. Нередко длительное пребывание инородных тел приводит к откладыванию вокруг них известковых солей и образованию носовых камней (ринолитов).

Симптомы и течение. Инородные тела обычно располагаются в нижнем носовом ходе. Гладкие инородные тела вызывают в одних случаях только нарушение проходимости носа, в других — раздражение слизистой, обильное, нередко гнойное с резким запахом отделяемое из одной половины носа.

Лечение. Удаление инородных тел производится под местной анестезией, а у беспокойных детей — под общим наркозом. Слизистую носа смазывают 3% раствором кокаина или 1% раствором дикаина с адреналином. Тупой крючок проводят за инородное тело под контролем глаза, а затем, повернув его движением к себе, извлекают инородное тело.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА УХА. Инородные тела уха чаще наблюдаются у детей в возрасте 3—7 лет. Самые разнообразные предметы могут попадать в наружный слуховой проход и застревать в нем иногда на долгое время, не вызывая никаких явлений. В других случаях появляется рефлекторный кашель, понижение слуха. Неумелая попытка удаления инородного тела приводит к воспалению слухового прохода, а иногда к прободению барабанной перепонки и воспалению среднего уха.

Лечение. Инородные тела удаляют промыванием слухового прохода теплой водой (если в анамиезе отсутствует гноетечение из уха). Насекомые, попавшие в ухо, предварительно умерщвляются вливанием нескольких капель теплого 5% раствора карболового глицерина, вазелинового или камфарного масла или хлороформной воды. Если извлечь инородные тела промыванием не удается, врач удаляет их тупым или острым крючком под контролем глаза с помощью рефлектора через ушную воронку. Удалять инородные тела пинцетом нельзя. Инородные тела, склонные к набуханию, перед извлечением обезвоживают вливанием в слуховой проход 96° спирта (по 10 капель 4—5 раз в день в течение 1—2 дней). Так как даже длительное пребывание инородного тела в ухе обычно не приносит вреда, то спешить с его удалением в неподходящих условиях не следует. Удалять инородное тело из уха должен врач-специалист.

ИСКРИВЛЕНИЕ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. У взрослых перегородка носа редко стоит прямо к срединной плоскости, а обычно она отклоняется от нее в ту или иную сторону. Эти искривления иногда достигают такой степени, что перегородка соприкасается с боковой стенкой носа. На перегородке наблюдаются заостренные шипы или гребни.

В возникновении искривлений перегородки носа известную роль играет травма. Основным симптомом искривления носовой перегородки является затруднение дыхания через одну или через обе половины носа.

Лечение. Операция, которую производит врач-специалист.

КРОВОТЕЧЕНИЕ НОСОВОЕ (EPISTAXIS). Местные причины: травма носа, ковыряние в носу, удаление крепко приставших корочек, кровоточащие опухоли и язвы в носу. Общие причины: инфекционные заболевания, болезни кроветворных органов и болезни сердца, печени и почек, гипертоническая болезнь, артериосклероз. Кровоточащий участок чаще всего (до 90%) лежит на передне-нижней части носовой перегородки, примерно на 1 см отступя от вдоха в нос.

Лечение. Наиболее простой способ — тампонада носа спереди куском ваты или марли, смоченной перекисью водорода. Тампон через крыло носа прижимают к носовой перегородке в течение 15—20 минут. Небольшие кровотечения, таким образом, легко останавливаются. Рекомендуется лежачее положение больного с приподнятым положением головы, освобождение от стесняющей одежды, холодные компрессы на нос и затылок. При повторных кровотечениях — анестезия, а затем прижигание кровоточащего участка хромовой или трихлоруксусной кислотой. В тяжелых случаях передняя и задняя тампонада и назначение средств, повышающих свертываемость крови (10% хлористый кальций в вену), аутогемотерапия по 5—10 мл, а также переливание крови по 150—200 мл повторно. Лечение основного заболевания.

КРУП ГОРТАННЫЙ ИСТИННЫЙ. ДИФТЕРИЯ ГОРТАНИ (LARYNGITIS CRUPOSA). Дифтерия гортани и дыхательного горла может быть первичной и вторичной.

Симптомы и течение. Обычно тяжелое общее состояние с высокой температурой, хриплый голос, беззвучный кашель, увеличивающаяся одышка, удушье, нарастающее ухудшение самочувствия, слабость сердечной деятельности вследствие общей интоксикации. При ларингоскопии — сероватые пленки, заполняющие просвет гортани и подсвязочного пространства. Для одышки, наступающей при стенозе гортани, характерно хрипящее дыхание и затруднение вдоха в отличие от стеноза ниже расположенных трахеи и бронхов, когда обычно бывает затруднен выдох.

Лечение. Введение антитоксической противодифтерийной сыворотки в количестве 15 000—20 000 единиц. В тяжелых случаях через 12—24 часа введение сыворотки следует повторить. При резко выраженном затрудненном дыхании — интубация или трахеотомия, с применением которой не следует медлить, чтобы не допустить чрезмерного ослабления

сердечной деятельности в результате кислородного голодания и общего ослабления в борьбе со стенозом. Возможно раннее внутримышечное применение пенициллина для снятия воспалительного процесса. (См. гл. III *Инфекционные болезни*).

КРУП ГОРТАННЫЙ ЛОЖНЫЙ. ПОДСВЯЗОЧНОЕ ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГОРТАНИ (LARYNGITIS SUBCHORDALIS). В основе заболевания лежит экссудативный диатез у детей. Ложный круп наступает обычно после острого насморка, гриппа.

Симптомы и течение. Внезапный (обычно ночью) лающий кашель, затрудненное дыхание, страх. Голос мало изменен. Характерно внезапное появление и быстрое окончание припадка.

Лечение. Постельный режим, обильное теплое питье, аспирин по 0,3 г 2—3 раза в день, отвлекающие (банки, горчичники), горячие ножные ванны.

ЛАБИРИНТИТ. Лабиринтит является одним из тяжелых осложнений острого и хронического гнойного воспаления среднего уха. Это заболевание нередко ведет к гибели окончаний кохлеарного и вестибулярного нервов во внутреннем ухе и часто осложняется абсцессом мозжечка и менингитом.

Симптомы. Головокружение, тошнота, рвота, расстройства равновесия, нистагм, потеря слуха. Температура обычно нормальная. Значительное повышение температуры свидетельствует о переходе процесса на мозговые оболочки.

Лечение. В больничных условиях консервативное (абсолютный покой, строгий постельный режим, сульфаниламиды, антибиотики) или хирургическое (при первых симптомах внутричерепных осложнений или в зависимости от состояния среднего уха).

ЛАРИНГИТ ОСТРЫЙ (LARYNGITIS ACUTA). Воспаление гортани. Наступает при гриппе, кори, скарлатине, брюшном тифе, а также вследствие перенапряжения голоса и переохлаждении (простуды).

Симптомы и течение. В зависимости от выраженности воспалительного процесса голос становится хриплым, появляется кашель, сухость, саднение в горле, иногда головная боль и незначительное повышение температуры. При ларингоскопии отмечается разлитая гиперемия слизистой гортани, набухлость, краснота связок и комочки слизи на них.

Лечение. Молчание, тепло на шею (согревающий компресс, горячие припарки), паровые ингаляции — щелочные или с добавлением ментола — несколько раз в день. Аспирин по 0,5 г 2 раза в день, наркотики или отхаркивающие микстуры, пенициллин.

ЛАРИНГИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (LARYNGITIS CHRONICA). Развивается в результате часто повторяющегося острого воспаления гортани. Возникает также у привычных алкоголиков, курильщиков и у лиц с профессиональным перенапряжением голоса (певцы, педагоги и т. д.).

Симптомы и течение. Жалобы на хрипоту, быструю утомляемость голоса, ощущение першения и царапания в горле, нередко постоянное откашливание. При осмотре зеркалом — слизистая оболочка гортани серо-красного цвета, местами утолщена, особенно по краям истинных голосовых связок и в межчерпаловидном пространстве. Слизистая ложных голосовых связок отечная, припухшая; нередко отек покрывает полностью или частично истинные голосовые связки, что нарушает фонацию. Часто развиваются ограниченные утолщения эпителия в межчерпаловидном пространстве, на внутренней поверхности черпаловидных хрящей и на задних отделах истинных голосовых связок (пахидермии).

В других случаях на голосовых связках друг против друга образуются маленькие утолщения слизистой, так называемые «узелки певцов», вызывающие хрипоту. При атрофии слизистой образуются корки, развивается сухость в горле, что вызывает мучительный кашель. Течение длительное, сменяющееся периодами ухудшения и улучшения.

Профилактика и лечение. Устранить причины, поддерживающие заболевание: прекратить курение, не злоупотреблять алкоголем, не перенапрягать голоса. Периодическое смазывание слизистой оболочки 1—2% раствором ляписа или йод-глицерина, щелочные (2% раствор соды) и масляные (ментоловые) ингаляции, диатермия гортани, курортное лечение.

МАСТОИДИТ ОСТРЫЙ (MASTOIDITIS ACUTA). ВОСПАЛЕНИЕ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА. При остром гнойном воспалении среднего уха процесс нередко переходит на клетки сосцевидного отростка, расплавляя их перегородки и образуя полость, заполненную гноем или грануляциями. Костные разрушения могут распространяться как по направлению к поверхности коркового слоя сосцевидного отростка, так и в сторону средней и задней черепной ямки.

Симптомы и течение. Повышенная температура (от субфебрильной до 39—40°), боли в сосцевидном отростке, головная боль, бессонница, пульсирующий шум и боль в ухе. При разрушении наружной костной пластинки гной из сосцевидного отростка проникает под надкостницу и мягкие покровы. В дальнейшем образуется поднадкостничный гнойник позади ушной раковины.

При осмотре в слуховом проходе обнаруживается густой гной, выделяющийся через прободное отверстие барабанной перепонки, а также свисание задне-верхней стенки слухового прохода; отмечается болезненность при пальпации сосцевидного отростка.

Осложнения: воспаление внутреннего уха, внутричерепные осложнения и сепсис.

Распознаванию помогает рентгенография. Необходимо исключить фурункулез слухового прохода, при котором слух не изменен и наблюдается резкая болезненность при надавливании на козелок, чего обычно не бывает при остром мастоидите.

Лечение то же, что и при острых гнойных воспалениях среднего уха с применением льда на сосцевидный отросток. Пенициллин. В случае неуспеха — операция в условиях хирургического стационара.

МЕНЬЕРА БОЛЕЗНЬ. Симптомы. Внезапные припадки: понижение слуха на одно ухо, шум в ушах, резкое головокружение, тошнота и рвота. Продолжительность припадков от нескольких часов до 5—7 дней. Барабанные перепонки не изменены.

Лечение. Постельный режим, очистка кишечника, назначение бромидов и хинина (по 0,1—0,2 г несколько раз в день), а также потогонных, мочегонных, аэрона.

Rp. Aëroni in tabul. N. 10
DS. По 1 таблетке 2 раза в день

НАСМОРК АТРОФИЧЕСКИЙ (RHINITIS ATROPHICA). Болезнь заключается в атрофическом состоянии слизистой оболочки полости носа, которое сопровождается уменьшенным отделением секрета.

Секрет становится вязким, имеет наклонность к засыханию и образованию корок.

Симптомы и течение. Жалобы на сухость в носу, тягостное ощущение давления в области носа и головные боли, ослабление обоняния, закладывание носа (в результате обильного образования корок). При риноскопии полость носа вследствие атрофии слизистой оболочки и носовых раковин представляется очень широкой. Через хоаны нередко удается видеть носоглотку.

Лечение. Щелочные (2% раствор соды) и щелочно-масляные ингаляции, индифферентные мази, вазелиновое масло, 0,25—0,5% раствор йод-глицерина в виде капель или лучше смазывания слизистой оболочки носа (ежедневно, через день),

Rp. Jodi puri 0,1
Kalii jodati 0,5
Glycerini 50,0
MDS. Для смазывания носа

Насморк вазомоторный (сосудодвигательный), или рефлекторный. Наблюдается у лиц с повышенной нервной чувствительностью.

Симптомы и течение. Насморк наступает приступами, сопровождаясь обильным водянистым выделением, чиханием, закладыванием носа, слезотечение, гиперемией конъюнктивы.

Лечение. Осторожное закаливание организма (рациональная одежда, длительное пребывание на воздухе, водолечение, соблюдение других правил гигиены в быту и на производстве). Применяют ионизацию шейных симпатических узлов с хлористым кальцием. Из лекарственных средств, помимо общеукрепляющих — препаратов мышьяка, железа и тонизирующих средств, применяют препараты брома и валерианы, кальция, атропина и витамина C; у некоторых лиц наблюдается улучшение после приема димедрола по 0,05 г 2—3 раза в день в течение 10—12 дней. При отсутствии противопоказаний также применяют, иногда с успехом, препараты адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизона, которые обладают антиэксудативным действием. Неприятное состояние в результате чрезмерной набухлости слизистой оболочки носа и выключения носового дыхания облегчается применением раствора кокаина с эфедрином в виде капель в нос. Анатомические препятствия в носу (искривления, полипы, аденоиды), затрудняющие дыхание и поддерживающие вазомоторный насморк, устраняются хирургическим путем.

Rp. Cocaini hydrochlorici
Ephedrini hydrochlorici āā 0,2
Sol. Acidi borici 3% 10,0
MDS. По 5 капель 3—4 раза в день в обе половины носа

Rp. Dimedroli 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

НАСМОРК ЗЛОВОННЫЙ (ОЗЕНА) (OZAENA). Симптомы и течение. Болезнь характеризуется атрофией слизистой оболочки носа и костного скелета раковин, густыми, легко засыхающими в корки выделениями с резко зловонным запахом, часто понижением или полной потерей обоняния. Заболевание начинается в молодом возрасте и длится годами. При риноскопии полость носа представляется очень широкой; стенки ее покрыты плотными массивными корками, сероватого цвета, издающими резкое зловоние. Изъязвлений в носу не бывает.

Лечение симптоматическое, направленное против имеющейся сухости и образования корок в носу; промывание носа щелочными растворами (сода, бура по половине чайной ложки на стакан кипяченой воды) и последующее энергичное смазывание слизистой носа (массаж) йод-глицерином или ментоловым маслом. Хорошие результаты получены от применения стрептомицина по 500 000 МЕ 2 раза в день внутримышечно в сочетании с никотиновой кислотой по 50 мг per os 3 раза в день и один раз 50 мг внутримышечно.

Rp. Ol. Mentholi 1% 10,0
DS. Капли для носа. По 5 капель 3 раза в день

Rp. Jodi puri 0,05
Kalii jodati 0,2
Glycerini 10,0
Ol. Menthae gtt. II
MDS. Капли для носа

НАСМОРК ОСТРЫЙ (RHINITIS ACUTA). Вызывается инфекцией, особенно гриппом. Предрасполагающий момент — охлаждение.

Симптомы и течение. Начинается ощущением сухости в носу, чиханием, жжением и колотьем в горле и носоглотке. Затем наступает закладывание носа, появляется обильное отделяемое, вначале прозрачное, затем мутное и слизисто-гнойное. Одновременно появляется ощущение тяжести в голове, головная боль и невралгические боли в области лица, изменение тембра голоса, конъюнктивит.

Лечение симптоматическое: устранение закладывания носа применением раствора кокаина с адреналином или ментола в виде капель в нос или мази; еще лучше действует солянокислый эфедрин, также в виде капель или мази.

Детям до 3 лет кокаин и ментол давать нельзя. Им вводят в нос по одной капле (несколько раз в день) раствора адреналина (1 : 10 000) или эфедрина (1%) после предварительной очистки входа в нос или масло сладкого миндаля (ol. Amygdalarum dulcium) по 1—2 капли.

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,1
Sol. Adrenalini hydrochlorici (0,1%) 0,3
Aq. destill. 10,0
MDS. Капли для носа. По 5 капель несколько раз в день

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,1
Ephedrini hydrochlorici 0,2
Sol. Acidi borici 2% 10,0
MDS. Капли для носа. По 5 капель 4—5 раз в день

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,3
Mentholi 0,1
Acidi borici 0,5
Lanolini
Vaselini āā 6,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Профилактика острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей должна быть в первую очередь направлена, особенно у лиц, предрасположенных к насморку, на закаливание организма. Систематическая тренировка организма путем воздушных или солнечных ванн, водных процедур, различных видов летнего и зимнего спорта, несомненно способствует укреплению сердечно-сосудистой системы, дыхательного аппарата и помогает организму выработать нормальную реакцию сосудистого аппарата кожи на внешние раздражения. Закаливание должно проводиться систематически круглый год, по возможности на открытом воздухе.

Под влиянием физического воспитания и закаливания организм приобретает надежную устойчивость не только в отношении «простудных», но и в отношении многих инфекционных заболеваний, в том числе и заболеваний дыхательных путей.

НАСМОРК ХРОНИЧЕСКИЙ (RHINITIS CHRONICA). Хронический насморк наблюдается: 1) в виде так называемого простого хронического насморка и 2) в виде гипертрофического насморка. Появляется в результате часто повторяющихся острых воспалений, инфекционных болезней, профессиональных вредностей, наличия аденоидов и т. п.

Симптомы и течение. Простой хронический насморк характеризуется разлитой гиперемией и равномерной припухлостью слизистой оболочки носа. Симптомы его те же, что и при остром насморке, но выражены менее резко. Затруднение носового дыхания больше выражено при лежании. Выделения из носа обыкновенно жидкие. При гипертрофическом насморке наблюдаются бугристые, дольчатые или крупнозернистые разрастания всей нижней носовой раковины, нижнего края или переднего и заднего ее концов. Заложенность носа более постоянная, не изменяется при перемене положения головы и тела.

Лечение. Предварительное устранение общих причин, поддерживающих хроническое течение. Из местных средств применяют: 1) вяжущие капли из 1% раствора протаргола или смазывание слизистой носа 1—3% раствором ляписа (через день в течение 2—3 недель); 2) прижигание хромовой, трихлоруксусной кислотой или гальванокаутером отдельных гипертрофических участков. Резко гипертрофированные части раковин удаляют оперативно.

НЕРВА СЛУХОВОГО (УЛИТКОВОЙ ВЕТВИ) ВОСПАЛЕНИЕ. НЕВРИТЫ (NEURITIS N. COCHLEARIS). Невриты могут явиться следствием: 1) перенесенных инфекционных болезней, тифов, гриппа, цереброспинального менингита, кори, скарлатины и т. д.; 2) травм черепа; 3) общих заболеваний (атеросклероза, нефрита, диабета и т. д.); 4) отравления лекарственными веществами (хинином, салициловым натрием); 5) отравления ядами (мышьяком, свинцом, ртутью, фосфором и др.); 6) злоупотребления алкоголем и курением; 7) длительного воздействия громких звуков в шумных производствах или, реже, однократного воздействия резкого звука — выстрела, взрыва.

Симптомы и течение. Постепенное ухудшение слуха, иногда почти до полной глухоты. Частые жалобы на шум в ушах. При одновременном поражении вестибулярного нерва может наблюдаться головокружение.

Лечение. Устранение причин, вызвавших заболевание. Запрещение курения и употребления алкоголя; инъекции пилокарпина, препараты йода, стрихнина, мышьяка, фосфора, железа, кальция, брома и т. д.

ОЗЕНА см. *Насморк зловонный.*

ОПУХОЛИ ГОРТАНИ. Разделяются на доброкачественные и злокачественные. К доброкачественным относятся фибромы (гортанные полипы), папилломы, ангиомы и кисты.

Симптомы и течение. В большинстве случаев отмечается охриплость голоса и даже полная афония. При ларингоскопии обнаруживается опухоль округлой формы величиной от булавочной головки до лесного ореха, расположенная в передней или средней трети истинной голосовой связки, бледно-розового или красного цвета — фиброма. Папиллома представляет собой множественную опухоль, локализующуюся не только на истинных голосовых связках, но и в других местах гортани и похожую на цветную капусту или петуший гребень. Ангиома имеет вид небольшой опухоли синевато-красного цвета, с неровной поверхностью, а киста — полушаровидной или несколько удлиненной гладкой опухоли.

Лечение. Оперативное.

ОПУХОЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГОРТАНИ см. *Рак гортани.*

ОПУХОЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОСА (РАК, САРКОМА). Симптомы и течение. Обычно одностороннее закладывание носа, выделения с запахом из этой половины и кровотечение. При дальнейшем росте опухоли — деформация лицевого скелета, невралгические боли. При риноскопии — часто бугристая, кровоточащая при исследовании зондом опухоль. Окончательная диагностика устанавливается гистологическим исследованием в лаборатории удаленного кусочка опухоли, которое производится в больничных условиях врачом-специалистом.

Лечение. Хирургическое в сочетании с лучистой терапией.

ОТИТ см. *Воспаление среднего уха.*

ОТОСКЛЕРОЗ (OTOSCLEROSIS). Своеобразное заболевание преимущественно костной капсулы лабиринта, которое превращает плотную костную ткань в губчатую; вызывает окостенение ниши овального окна и неподвижность стремечка.

Причины заболевания до сих пор не выяснены. Болезнь чаще наблюдается у женщин и начинается в молодом возрасте.

Симптомы и течение. Постепенно нарастающее понижение слуха, доходящее почти до полной глухоты, сопровождающееся субъек-

тивным шумом в ушах. Барабанная перепонка сохранена и нормальна. Вначале поражается преимущественно звукопроводящий аппарат, нарушается восприятие низких звуков через воздух. Костная проводимость сохранена и даже усилена.

Лечение. Йодистый калий, препараты фосфора внутрь. Назначением небольших доз брома и люминала снижается интенсивность ушного шума. Создание общих благоприятных условий труда, быта и отдыха. Лечение всех других заболеваний организма. При наличии соответствующих показаний — операция: мобилизация стремени или фенестрация лабиринта.

Rp. Sol. Kalii jodati 6,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Calcii glycerophosphorici 0,5
D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 4 раза в день

ПАРАЛИЧИ ГОРТАННЫХ МЫШЦ. Расстройство двигательной функции гортани может быть как центрального, так и периферического происхождения. Причиной центральных параличей являются разнообразные процессы в коре мозга, варолиевом мосту, продолговатом мозгу и в других отделах ствола мозга. Периферические параличи наступают в результате повреждения возвратного нерва, нередко сдавливаемого опухолями средостения, аневризмой аорты, раком пищевода, или вследствие неврита этого нерва алкогольного, сифилитического и ревматического происхождения, а также после некоторых острых инфекций (грипп).

Симптомы зависят от поражения тех или иных мышц гортани и степени этого поражения. Жалобы больных сводятся к той или другой степени хрипоты или затруднения дыхания.

Лечение парезов и параличей должно быть направлено на устранение основной причины. Если исключено поражение центральной нервной системы или сдавление возвратного нерва в связи с одним из перечисленных патологоанатомических нарушений, то рекомендуется длительное молчание и фарадизация гортани.

ПЕРИХОНДРИТ ГОРТАННЫХ ХРЯЩЕЙ (PERICHONDRITIS LARYNGIS). Воспаление надхрящницы гортанных хрящей может быть первичным после травмы или вторичным при острых или хронических инфекционных заболеваниях, а также злокачественных новообразованиях, в частности при лечении их лучами Рентгена.

Симптомы и течение. Боли при глотании и разговоре, повышение температуры. При ларингоскопии обнаруживают значительную инфильтрацию и отек надгортанника, черпаловидных хрящей и соседних участков слизистой. Наступающее затруднение дыхания при быстром развитии отека приводит к асфиксии. В других случаях возникают абсцессы с полным или частичным некрозом хряща и образование свищей.

Воспалительный процесс в результате рубцовых изменений ведет к хроническому стенозу гортани и невозможности удалить трахеотомическую трубку.

Лечение. В острых случаях — противовоспалительные мероприятия (покой, глотание льда, лед на шею). Пенициллин. При угрожающих симптомах и асфиксии — трахеотомия.

В случаях хронических рубцовых стенозов — оперативное восстановление просвета гортани в условиях хирургического стационара.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОРТАНИ могут быть нанесены как снаружи, так и изнутри. Наружные повреждения: ушибы, сдавления, резаные, колотые и огнестрельные раны; внутренние повреждения: ожоги, ссадины или повреждения инородными телами.

Симптомы и течение. Кровотечения (наружные и внутренние), потеря голоса (афония), боль в горле, выхождение воздуха из раны при проникающих ранениях, кашель с выделением пенистой кровянистой мокроты, подкожная эмфизема.

Леченне. Первая помощь: остановка кровотечеиия, устраиенне опасности удушения, прн иалнчнн асфнксин — трахеотомия. Для обеспечения покоя, устранеиня кашля и болевых ощущенлй — наркотики (подкожно морфнн, пантопон по 1 мл 1% раствора 2 раза в день). Антибнотнкн.

ПОВРЕЖДЕНИЕ НОСА И ЕГО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ. Различают ушнбы, повреждення мягкнх частей, простые н сложные переломы хрящевого и костиого скелета. Большей частью повреждаются носовые костн. В результате травмы пронсходят искрнвления, вывнхн нлн переломы носовой перегородки.

Симптомы н течение. Носовое кровотеченне, болн, непроходимость носа (вследствне смещення костных стенок, кровонзлияння н вторнчно наступающего отека мягкнх тканей в областн повреждения). На месте перелома ощупываинем определяется смещеине костей, треск и болезнениость.

Леченне. Остановка кровотечення (см. *Кровотечение носовое*), вправлеиие костных отломков н закрепленне нх в правнльном положеннн путем асептнческой тампоиады и наружиой повязки. Образовавшуюся гематому носовой перегородкн следует вскрыть или отсосать, чтобы предупредить образование нарыва.

ПОВРЕЖДЕНИЕ УХА. Повреждение барабанной перепонкн возможно прн ковыряннн в ухе шпнлькой, спнчкой, прн неумелых попытках удаления инородных тел н прн резкнх колебаннях атмосферного давления (в случае разрыва снарядов, бомб и мин, быстрого подъема или спуска самолета, шлюзовання или вышлюзовання в кессоне). Разрывы барабанной перепонкн возможны при переломах черепа, ударе по голове илн сдавлеинн черепа.

Снмптомы н теченне. Повреждеиия барабзнной перепонки сопровождаются болью в момеит травмы, кровонзлняниямн в слуховой проход, шумом в ушах, пониженнем слуха, иногда головокружением. При осмотре барабаииой перепонкн определяется разрыв с резко гнперемнрованнымн краямн и налнчнем кровоизлияння в ннх. Главная опасность при разрывах заключается в возможности инфнцироваиня барабанной полостн н развнтня гнойного воспаления средиего уха.

Лечение. Всякое промывание уха, грубая очнстка слухового прохода в первые днн после травмы запрещаются. Первая помощь заключается в иаложенни стерняльной повязки иа ухо; в дальиейшем необходимо наблюдеине специалнста.

Повреждення среднего и внутреннего уха являются чаще всего следствием огиестрельных ранений, в большинстве случаев комбнннроваиных с повреждеинем черепной полостн, крупных сосудов и других органов. Первая помощь подается по общнм правнлам хнрургни: асептическая повязка на ухо, остановка кровотечеиня. Последующее наблюдение н леченне должны вестнсь врачом-спецналнстом.

ПОЛИПЫ НОСА (POLYPUS NASI). Образуются в результате хроинческого воспалення слнзнстой иоса и его прндаточных пазух.

Симптомы и теченне. Полнпы нмеют серый, нногда желтовато-красный студеннстый внд н гладкую поверхность. Часто вся носовая полость бывает выполиена мелкнми полнпами нлн одни громадиый полип заполняет всю полость вплоть до хоан включнтельно.

Леченне оператнвное; пронзводнтся врачом-специалистом.

ПОЛИПЫ УХА (POLYPUS AURIS). Наблюдается при хроинческнх гнойных воспаленнях среднего уха, сопровождающихся костоедой.

Снмптомы и теченне. Гноетечение из уха с прнмесью кровяннстого отделяемого.

Лечение. Удаление полипиой петлей илн отсечение полипа другим инструментом у его осиоваиия, которое пронзводнтся врачом-специалистом. Остатки полипа и граиуляции прижигаются 10—30% раствором ляписа

с последующей нейтрализацией (промывание физиологическим раствором). В дальнейшем лечение то же, что и при хроническом гнойном воспалении среднего уха.

РАК ГОРТАНИ (CANCER LARYNGIS). Симптомы и течение. Развивается обычно у мужчин старше 40 лет; женщины болеют реже. Постепенно и без видимых причин (без предшествующих простудных и воспалительных заболеваний) особенно у пожилых людей, развивающаяся хрипота подозрительна на рак. Развитие опухоли идет постепенно: появляется одностороняя незначительная гиперемия или инфильтрат, без резкой границы переходящий на окружающие ткани. В дальнейшем возникает плотная инфильтрация голосовой связки, которая становится неподвижной. Хрипота к этому времени усиливается, наступает полная афония. При поражении верхнего этажа гортани голос вначале не меняется, но возникает неприятное ощущение при глотании. В последующем наступает изъязвление, резкий кашель и боль во время глотания. Лимфатические узлы опухают, становятся очень плотными и по мере увеличения сливаются в большие пакеты. В подозрительных случаях биопсия облегчает диагностику.

Лечение. Возможна ранняя операция удаления гортани, которая производится врачом-специалистом, или облучение ее рентгеновыми лучами и радием. Чаще необходимо комбинированне этих методов лечения. О профилактике см. *Хирургические болезни, Рак.*

РИНОСКЛЕРОМА см. *Склерома гортани.*

СЕПСИС ОТОГЕННЫЙ. СЕПСИС УШНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ. При гнойных воспалениях среднего уха (острых и хронических) в воспалительный процесс может вовлекаться непосредственно прилежащая поперечная или сигмовидная пазуха твердой мозговой оболочки; в ту же пазуху инфекция может попадать по лимфатическим и венозным путям, вызывая ее воспаление и образование тромба (тромбофлебит). Инфицированный тромб в дальнейшем подвергается гнойному распаду, и частички его могут заноситься током крови в различные органы и ткани (легкие, подкожную клетчатку, суставы и другие органы).

Симптомы и течение. При тромбофлебите обычно наблюдается потрясающий озноб с резкими повышениями температуры до 40—41° и последующее падение температуры, сопровождающееся проливным потом. Общее состояние тяжелое, пульс слабый и частый. При чисто септических формах температура все время может оставаться высокой (40—41°). Болезнь обычно начинается бурно и по мере повторения ознобов состояние больных заметно ухудшается.

Лечение. При первых признаках отогенного сепсиса необходимо немедленно направить больного на операцию (широкое вскрытие сосцевидного отростка, обнажение и иссечение тромбозированной части синуса). Борьба с проникшей инфекцией: общий уход, сульфаниламиды по 1—2 г каждые 4 часа; пенициллин по 100 000 ЕД каждые 3 часа внутримышечно (пенициллин лучше комбинировать со стрептомицином от 500 000 до 1 000 000 ЕД в день); внутривенные вливания хлористого кальция (0,5—1% раствор по 200—300 мл), переливание крови.

Следует помнить, что без хирургического лечения даже самое энергичное консервативное лечение остается безрезультатным.

СЕРНАЯ ПРОБКА (CERUMEN). Повышенная секреция серных желез слухового прохода может привести к образованию закупоривающей слуховой проход серной пробки.

Симптомы и течение. Жалобы на внезапно наступающее резкое понижение слуха, обычно после купанья, мытья головы (вливание воды в ухо). При осмотре обнаруживают темно-коричневую массу, заполняющую просвет слухового прохода.

Лечение. Промывание водой слухового прохода при помощи 100-граммового шприца: оттягивают ушную раковину кзади и кверху и

направляют струю теплой воды (температуры 37°) по задневерхней стенке слухового прохода. Обычно пробка удаляется легко. Рекомендуется предварительно размягчить пробку вливанием капель из 5% раствора двууглекислой соды, которое производится в течение нескольких дней. Если раньше наблюдалось гноетечение из уха, то от промывания следует воздержаться и направить больного к специалисту.

СКЛЕРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (SCLEROMA RESPIRATORIUM). Склерома — хроническое инфекционное заболевание верхних дыхательных путей. Возбудитель склеромы — палочка Фриша — Волковича.

Симптомы и течение. Развиваются быстро рубцующиеся инфильтраты, поражающие слизистую оболочку носа, затем гортань, носоглотку, реже глотку, трахею и бронхи. Склеромные инфильтраты ведут к сужению носа, гортани, дыхательного горла и бронхов.

Распознавание. Основывается на характерном виде склеромных инфильтратов и рубцов, медленном развитии болезни и данных лабораторных исследований (серологические реакции, биопсия).

Лечение. С успехом применяется рентгено- и радиотерапия. Иссечение рубцов и сращений. При стенозах гортани и дыхательного горла — бужирование. В ранних стадиях помогает стрептомицин.

ТОНЗИЛЛИТ (TONSILLITIS CHRONICA). Воспаление миндалин хроническое. Развивается в результате острых ангин. Процесс гнездится главным образом в лакунах миндалин. Плоский эпителий, слущиваясь и накапливаясь в лакунах, вместе с бактериями и лейкоцитами превращается в гнойный или творожистый распад с неприятным запахом, заполняющий в виде пробки лакуны.

Симптомы и течение. Жалобы на запах изо рта, иногда колющие боли, отдающие в ухо; увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; нередко длительная субфебрильная температура; вялость, пониженная работоспособность, головные боли. В анамнезе у большинства больных отмечаются часто повторяющиеся ангины.

Лечение. В легких случаях — консервативное: щелочные (двууглекислая сода) полоскания и удаление пробок путем их вымывания или выдавливания тупым шпателем. Смазывание лакун миндалин 2—3% настойкой йода или 1—2% раствором ляписа. В случаях с частыми ангинами и общих осложнений — хирургическое удаление миндалин, которое в подавляющем большинстве случаев предотвращает рецидивы ангин.

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ (TUBERCULOSIS LARYNGIS). Развивается, как правило, вторично у больных туберкулезом легких. Заражение происходит при оседании туберкулезной мокроты в трещинах слизистой гортани и местах слущивания эпителия, а также через кровеносные и лимфатические сосуды.

Симптомы и течение. Вначале обычно поражаются голосовые связки или межчерпаловидное пространство, обычно наблюдают лишь ограниченную гиперемию одной истинной голосовой связки. Затем образуется инфильтрат, который в дальнейшем распадается и превращается в язву, увеличивающуюся в глубину и по поверхности. Воспалительно-некротический процесс часто захватывает надхрящницу и хрящи. Возникает отек гортани и резкое затруднение дыхания.

При гематогенном пути инфекции можно наблюдать высыпание туберкулезных бугорков в слизистой оболочке гортани, часто одновременно в слизистой зева и входа в гортань. Гематогенные формы характеризуются более быстрым развитием процесса, встречаются реже первых форм и часто сопровождаются дисфагией.

С появлением инфильтрата и язв голос становится хриплым, усиливается кашель, появляется болезненность при глотании, доходящая до резких степеней при изъязвлении надгортанника и черпаловидных хрящей.

Лечение. На первом месте стоит лечение туберкулеза легких (искусственный пневмоторакс, климатическое лечение, усиленное правильное

питание и т. д.). В настоящее время при лечении больных туберкулезом легких, больных с острым и с обострениями хронического туберкулеза верхних дыхательных путей широко и с успехом применяют стрептомицин, ПАСК (парааминосалициловая кислота) и фтивазид. При гематогенных формах туберкулеза гортани особенно эффективным оказался стрептомицин, применение которого быстро снимает дисфагию и ведет к излечению процесса. Общее лечение (климатическое и санаторное) является также необходимым.

Непосредственные мероприятия в отношении больного туберкулезом гортани заключаются в рекомендации создать покой для гортани (молчание, ненапряженная речь, нераздражающая пища, запрещение курения и употребления алкоголя). Широко применявшиеся ранее вливания в гортань 1—3% ментолового масла по 1—2 мл через день или прижигание язв гортани трихлоруксусной кислотой или гальванокаутером и до сих пор применяется в определенных случаях. С наступлением болезненного глотания перед каждым приемом пищи надо производить вдувание, пульверизацию или ингаляцию анестезирующих веществ, чтобы облегчить больному прием пищи.

Профилактика и уход. Больного туберкулезом нужно приучить к соблюдению определенных правил санитарного и гигиенического режима. Необходимо следить за тем, чтобы больные не расплевывали мокроту по полу, а отхаркивали ее в специальные плевательницы с дезинфицирующей жидкостью в них, так как мокрота служит источником заражения окружающих. Необходимо следить за нормальной температурой помещения (18—19°), часто проветривая их зимой и летом, за своевременным питанием таких больных и за регулярным приемом лекарств. Следует разъяснить больному, какое важное значение имеет покой гортани, и рекомендовать ему воздержание от курения, спиртных напитков, перенапряжения голоса и охлаждения.

В настоящее время в Советском Союзе имеется большая сеть туберкулезных диспансеров, в которых больные туберкулезом находятся под постоянным наблюдением врачей. Обязательный профилактический осмотр гортани у всех больных туберкулезом легких врачом-ларингологом, входящим в штат каждого диспансера, дает возможность вовремя выявить начальные формы туберкулеза гортани и эффективно лечить.

ФАРИНГИТ. Воспаление слизистой оболочки глотки бывает острым и хроническим.

Острые воспаления чаще всего возникают как нисходящий катар носа и носоглотки. Больные жалуются на ощущение сухости, легкую болезненность и саднение в глотке. При осмотре слизистая красна, покрыта слизисто-гнойным секретом, иногда на задней стенке выступают отдельные красные зерна (воспаленные фолликулы).

Хронический фарингит зависит от причин местного (хронические насморки, гнойные воспаления придаточных пазух носа, хронические тонзиллиты) и общего (болезни сердца, легких, печени, почек, обмена веществ и т. д.) характера. Различают катаральный, гипертрофический и атрофический фарингит.

Симптомы. При атрофической форме больные жалуются на першение, царапание и сухость в горле, при гипертрофической — на скопление в носоглотке вязкого слизистого отделяемого, необходимость частого откашливания и отхаркивания, особенно по утрам. При атрофическом фарингите слизистая суха, блестяща, как бы покрыта лаком; на ней нередко обнаруживают высохшую слизь или корки. При гипертрофическом фарингите слизистая красна, утолщена и покрыта вязким слизисто-гнойным секретом.

Лечение. При остром фарингите лечение такое же, что и при ангине. При хроническом фарингите — устранение основных причин. Полоскание теплыми щелочными растворами (соды, буры и соли), смазывание

глотки растворами (1—5%) ляписа (при гипертрофической форме) и йодглицерина (при атрофической форме). Щелочные или масляные ингаляции.

ФРОНТИТ см. *Воспаление придаточных пазух носа.*

ФУРУНКУЛ (ЧИРЕЙ) НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА (OTITIS EXTERNA ACUTA CIRCUMSCRIPTA). Вызывается внедрением стафилококка в волосяные мешочки и сальные железы при расчесах и трещинах кожи. Располагается в хрящевой части слухового прохода.

Симптомы и течение. Сильная боль уже в самом начале заболевания, часто отдающая в зубы, шею и усиливающаяся при жевании. Слуховой проход в хрящевой части резко сужен. Особенно болезненно надавливание на козелок и хрящевую часть слухового прохода. Температура может быть несколько повышена. Слух обычно нормален. Болезнь длится несколько дней, но нередко чирей рецидивирует, и болезнь затягивается на недели.

Лечение. Согревающий компресс, введение в слуховой проход узкого марлевого тампона, смоченного 10% раствором буровской жидкости или 70% спиртом. Лучи кварцевой лампы, синий свет, соллюкс. При нагноении фурункула — вскрытие.

Профилактика. Для предупреждения рецидивов — смазывание стенок слухового прохода борным спиртом, желтой ртутной мазью, особенно при наличии экземы кожи. При общем фурункулезе — укрепляющее лечение (препараты железа, мышьяка, рыбий жир, витамины и т. д.).

ФУРУНКУЛ НОСА (FURUNCULUS NASI). Появляется в результате занесения стафилококковой инфекции в сальные железы и волосяные мешочки. Нередко сочетается с общим фурункулезом.

Симптомы и течение. Резкая краснота на кончике или крыле носа, напряженность и болезненность при прикосновении, иногда повышенная температура.

Лечение. Ультрафиолетовое облучение, индифферентные мази, примочки из буровской жидкости и прием внутрь сульфаниламидных препаратов. При упорном фурункулезе необходимо общее укрепляющее лечение (препараты мышьяка, железа). В тяжелых случаях и при переходе процесса на верхнюю губу назначают пенициллин (внутримышечно). Категорически запрещается выдавливание гнойничков.

ГЛАВА XI

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

АВИТАМИНОЗ A (AVITAMINOSIS A). Наступает вследствие недостатка в организме, плохой усвояемости или отсутствия в пище витамина А, который является антиксерофтальмическим фактором.

Симптомы и течение. Жалобы на ощущение присутствия инородного тела в глазу, сухость, затем боли, понижение и даже потерю зрения в сумерках (гемералопия — «куриная слепота»). Ухудшается эпителизация ран, понижается сопротивляемость организма при различных оперативных вмешательствах. Конъюнктива век суховата, легко берется в мелкие складки. В области глазной щели на конъюнктиве у роговицы серовато-белые пятнышки (напоминают пенку молока). В далеко зашедших случаях отмечаются язвы роговицы и даже расплавление ее.

Лечение. Насытить пищу витамином А: рыбий жир, сырая печень (200—300 г в день), сливочное масло, морковный сок, сырые овощи (шпинат, салат, капуста, брюква и т. п.), фрукты. Внутримышечно — екорофтальмол (Jecorophthalmolum) (смесь рыбьего жира и персикового или хлопкового масла) по 1—3 мл ежедневно, 10—15 инъекций (перед употреблением подогревать!). Общеукрепляющее лечение: мышьяк, стрихнин, гематоген, препараты фосфора, железа. При безуспешном лечении, а также при язвах роговицы направить больного к врачу-окулисту.

Профилактика. Рациональное питание, богатое сырыми овощами, фруктами, жирами.

АНЕСТЕЗИЯ В ГЛАЗНОЙ ПРАКТИКЕ. При извлечении инородных тел из конъюнктивального мешка и особенно с роговицы достаточно одно-двукратного закапывания по 1—2 капли 0,25—0,5—1%. Sol. Dicaini. Можно употреблять и Sol. Cocaini 2%, но кокаин повреждает эпителий роговицы (слущивает его), поэтому злоупотреблять им не следует. Под влиянием кратковременного кипячения эти вещества не портятся. Те же обезболивающие средства употребляют и при ожогах глаза, сильных болях, туширования язв роговицы и т. п.

При операциях для инфильтрационной анестезии употребляют Sol. Novocaini 0,5—1—2%. На 1 мл раствора новокаина рекомендуется прибавлять одну каплю раствора адреналина (1 : 1000).

БЛЕННОРЕЯ см. *Гонобленнорея.*

БЛЕФАРИТ СУХОЙ, ВОСПАЛЕНИЕ КРАЕВ ВЕК СУХОЕ (BLEPHARITIS SICCA). Общие причины. Анемия, болезни обмена, аллергия, глисты, плохие гигиенические условия. Местные причины: аномалии рефракции (главным образом дальнозоркость и астигматизм), конъюнктивит, заболевание слезных путей. Профессиональные вредности — пыль (мукомолы, шахтеры и т. п.).

Симптомы и течение. Покраснение и утолщение краев век, чешуйки у корней ресниц, зуд, резь, утомление глаз, слезотечение. Течение заболевания хроническое.

Лечение. Прежде всего лечение основного заболевания; исправление (коррекция) аномалий рефракции. В случае обнаружения глистов — их изгнание. Пища, богатая витаминами.

Закапывание 2 раза в день по 2 капли Sol. Zinci sulfurici 0,3% или Sol. Resorcini 0,5—1%, или Sol. Albucidi 30%.

Смазывание век 1% раствором бриллиантовой зелени на 70° спирту. На ночь смазывание краев век Ung. Hydrargyri oxydati flavi 1% или Ung. Norsulfazoli 5%, эмульсией синтомицина 1—10%.

БЛЕФАРИТ ЯЗВЕННЫЙ (BLEPHARITIS ULCEROSA). Причины. Туберкулез желез, золотуха, расстройства обмена веществ, аномалии рефракции.

Жалобы те же, что и при сухом блефарите.

Объективно. Покраснение и утолщение краев век; гнойные корочки у корня ресниц, по снятии которых обнажаются кровоточащие язвочки. Последствия — стойкое выпадение ресниц, неправильный рост их, утолщение век. Заболевание упорное.

Лечение. Лечить общее заболевание. Общеукрепляющая терапия. Тканевая терапия по акад. В. П. Филатову (экстракт алоэ по 1—2 мл подкожно ежедневно 30—40 инъекций), внутримышечно — екорофтальмол (Jecorophthalmolum) по 1—2 мл ежедневно 15—20 инъекций и т. п. Корочки осторожно удалять ваткой, смоченной в растворе Sol. Hydrargyri oxycyanati 1 : 5000, края век смазывать Sol. Viridis nitensis (бриллиантовая зелень) 1% или Sol. Argenti nitrici 2—10%.

Мази: Ung. Norsulfazoli 5%. Ung. Hydrargyri oxydati flavum 1—2%. Синтомициновая эмульсия.

БЛИЗОРУКОСТЬ (MYOPIA). Симптомы — плохое зрение вдаль, при высоких степенях — «летающие мушки».

Профилактика. Работа при хорошем освещении, не читать лежа, соблюдать требования школьной гигиены. Возможно раннее ношение корригирующих очков. Выявление школьников, страдающих близорукостью.

Лечение. Коррекция вогнутыми стеклами (конкав) — наименьшим стеклом, которое обеспечивает больному наилучшее зрение. При осложнениях (миопических хориоретинитах) Sol. Pilocarpini 1%, Sol. Dionini 2—8% (постепенно повышая концентрацию), внутримышечные инъекции екорофтальмола (смеси равных частей рыбьего жира и персикового масла) по 1 мл (15—20 инъекций), подкожные инъекции экстракта алоэ по 1 мл (тканевая терапия по акад. В. П. Филатову). Внутрь препараты йода, витамины A, группы B, C и D. Calcium gluconicum по 0,5 г 2 раза в день в течение месяца. При отслойке сетчатки операция. При осложнениях больного направить к врачу-окулисту.

ВОСПАЛЕНИЕ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ (IRITIS). Причины. Ревматизм, сифилис, подагра, очаговая инфекция, туберкулез, гонорея и другие заболевания.

Симптомы и течение. Сильные боли в глазу и голове, особенно по ночам. Светобоязнь, слезотечение, в дальнейшем может присоединиться ослабление зрения.

Гиперемия конъюнктивы, главным образом вокруг роговой оболочки, синевато-фиолетового оттенка. Изменение цвета радужной оболочки (сравнить со здоровым глазом). Узкий зрачок (важный признак!). Отложения на задней поверхности роговицы (преципитаты). Сращение края зрачка с хрусталиком (синехии).

Для ирита сифилитического и туберкулезного происхождения характерно образование узелков в радужной оболочке.

Болезнь длится не менее 6—8 недель. Ирит сифилитического или туберкулезного происхождения длится долее. Ириты часто рецидивируют, что ухудшает прогноз.

Туберкулезный ирит нередко приводит к слепоте вследствие помутнения хрусталика, а иногда и к атрофии глаза. Другие формы протекают благоприятнее.

Лечение. Проводится причинное и общее лечение. Причинное лечение должно быть направлено на устранение причины, вызвавшей заболе-

вание. Общее лечение состоит в назначении внутримышечных инъекций пенициллина в количестве 200 000 ЕД, разведенного в 0,5—1% растворе новокаина, 2 раза в день или введений 2 раза в день 200 000 ЕД в зону тканевой геморрагии (после кровососных банок), так называемое введение пенициллина с пролонгаторами. Препарат можно вводить и обычным путем по 30 000—50 000 ЕД через 3 часа. В случаях туберкулезного ирита прибегают к инъекциям раствора стрептомицина в физиологическом растворе или в бидистиллированной воде. Инъекции производят под конъюнктиву глазного яблока. Ежедневно или через день вводят по 0,025—0,05 г (25 000—50 000 ЕД стрептомицина хлоркальциевого комплекса) в 0,5 мл растворителя. Рекомендуется внутривенное введение 40% уротропина по 10 мл каждый день, внутримышечно — введение обезжиренного молока или собственной крови больного, начиная с 1 мл, один раз в 2—3 дня. Дозу каждый раз повышают на 0,5—1 мл. Проводится санация рта. Внутрь назначают салициловокислый натрий по 0,5 г 2—3 раза в день или уротропин по 0,3 г 2—3 раза в день, при гонорейном ирите — сульфаниламидные препараты по 0,5 г 3 раза в день. Местно: припарки, согревающие компрессы, синий свет, лампа соллюкс и т. п.

При болях показаны пиявки на соответствующий висок.

В глаз закапывают Sol. Atropini sulfurici 1% по 1—2 капли 3—4 раза в день, до расширения зрачка. Зрачок надо держать в расширенном состоянии в течение всего периода раздражения. Следить за внутриглазным давлением (!).

В поздние периоды впускают Sol. Dionini 2—3% по 2 капли 1—2 раза в день. При сильных болях в глаз впускается Sol. Morphini hydrochlorici 1% + Sol. Chinini hydrochlorici 1% 2—3 раза в день в подогретом виде.

ВОСПАЛЕНИЕ СЛЕЗНОГО МЕШКА (DACRYOCYSTITIS). Часто наблюдается при изменениях в полости носа (хронический насморк, искривление перегородки, рубцы и т. п.), которые вызывают непроходимость и застой в слезоотводящих путях.

Симптомы и течение. Жалобы на слезотечение. При надавливании на область слезного мешка у внутреннего угла глаза из слезных точек выделяется капелька слизи (катаральный дакриоцистит — воспаление слезного мешка) или гноя (гнойный дакриоцистит). В запущенных случаях отмечается припухлость в области слезного мешка — эктазия (расширение) слезного мешка. В остром периоде — припухлость, гиперемия во внутреннем углу век. При флегмоне — резкая болезненность, гиперемия, значительная отечность, которая может переходить и на соседние участки кожи. Могут наблюдаться свищи слезного мешка.

Лечение. В остром периоде — тепло (припарки, согревающий компресс, синий свет, УВЧ), в подострых и хронических случаях — операция. Операция необходима, так как пневмококк, наиболее частый возбудитель воспаления слезного мешка, нередко вызывает ползучую язву роговицы (ulcus corneae serpens) *(см.)*.

В конъюнктивальный мешок вкапывают 2—3 раза в день Sol. Protargoli 2%, Sol. Collargoli 2%, Sol. Sulfacyli 30% или Sol. Penicillini 100 000 ЕД на 10 мл физиологического раствора.

ВЫВОРОТ ВЕК (ECTROPION PALPEBRAE). Наблюдается в пожилом возрасте вследствие атрофии круговой мышцы век и дряблости кожи (ectropion senile) или вследствие развития рубцов на коже век (после рожи, сибирской язвы, туберкулеза костей орбиты и т. п.) (ectropion cicatricis). В случае паралича лицевого нерва развивается «заячий глаз» — невозможность закрыть веки (lagophthalmus).

Симптомы и течение. Существуют различные степени выворота века — от незначительного, еле заметного, до значительного, лишающего возможности закрыть веко. Жалобы на слезотечение. При значительных выворотах век — высыхание роговицы, образование язв роговицы с последующим образованием бельма.

Лечение. Оперативное. При вывороте слезной точки (основная жалоба — слезотечение) временно назначают средства, уменьшающие слезотечение.

Rp. Sol. Zinci sulfurici 0,25% 10,0
Sol. Adrenalini 0,1% gtt. X
Novocaini 0,2
MDS. По 2 капли 2—3 раза в день

ГЛАЗНАЯ ПОВЯЗКА. Глазную повязку накладывают для того, чтобы предохранить глаз от загрязнения, света или с лечебной целью (компресс) и т. п. Различают следующие виды глазных повязок.

Занавеска. Вокруг головы над бровями в горизонтальном направлении проводят один тур бинта, который фиксируют на лбу свисающий над больным глазом кусок марли.

Монокулярная повязка (повязка на один глаз). На глаз накладывают кусок ваты, завернутый в марлю (не класть на глаз вату без марлевой прокладки!). Закрепив бинт круговым горизонтальным ходом через лоб и затылок, его спускают сзади с затылка вниз и ведут под ухом с больной стороны косо через щеку и вверх, закрывая больной глаз. Косой ход закрепляют круговым. Чередуя круговые и косые обороты, закрывают всю область больного глаза.

Бинокулярная повязка (повязка на оба глаза). Накладывают так же, как и монокулярную, но вместо второго (кругового хода) бинт проводят от затылка через теменной бугор на второй глаз. Таким образом, все время бинтуют так: один оборот бинта накладывают на один глаз, второй — на другой глаз.

Вместо бинта можно укрепить повязку полосками липкого пластыря.

ГЛАУКОМА (ПЕРВИЧНАЯ) (GLAUKOMA). Причина глаукомы неизвестна. Среди причин слепоты глаукома стоит на первом месте.

Главные признаки глаукомы — повышенное внутриглазное давление, снижение зрительных функций и изменения в соске зрительного нерва. Диагноз глаукомы может установить только врач-окулист методами специальных исследований.

Глаукома бывает воспалительная (конгестивная) и простая.

Воспалительная глаукома проявляется либо остро, либо имеет хроническое течение.

Симптомы. При острой воспалительной глаукоме (приступ глаукомы) возникает внезапная, очень сильная боль в глазу и голове; отмечается тошнота, иногда рвота, падение зрения.

Объективно. Застойная (синеватая) гиперемия конъюнктивы, главным образом у роговицы, легкое помутнение последней вследствие отека (поверхность роговицы напоминает запотевшее стекло). Широкий зрачок (не спутать с иритом, при котором отмечается узкий зрачок!), мелкая передняя камера, твердый на ощупь глаз.

На глазном дне при исследовании офтальмоскопом экскавация (углубление) соска зрительного нерва.

При хронической воспалительной глаукоме больной жалуется на легкую боль в глазу и голове, затуманивание, радужные круги при взгляде на отдаленный источник света, падение зрения.

При простой глаукоме субъективные жалобы и изменения в переднем отрезке глазного яблока отсутствуют. Имеется более или менее высокое внутриглазное давление, экскавация (углубление) соска зрительного нерва и падение функций глаза (центрального и периферического зрения).

Лечение. Во время приступа глаукомы — горячая ножная ванна, пиявки на висок (2—3 штуки), слабительные соли или клизмы. Ограничение употребления жидкостей — кофе и чая. Внутрь назначают бромиды, люминал, хлоралгидрат.

В глаз каждый час впускают Sol. Pilocarpini hydrochlorici 1%, а для обезболивания — Sol. Chinini hydrochlorici 1% + Sol. Morphini hydrochlorici 1% в теплом виде по 3—4 капли.

Если лечение не помогает, необходима операция, которую нельзя откладывать.

Лечение хронической глаукомы. Гигиенический режим, психический покой, ограничение употребления жидкостей, главным образом кофе и чая. Избегать запоров, переполнения кишечника. Запрещаются все спиртные напитки. Внутрь систематически дают препараты йода *(см.)*, небольшие дозы бромидов (Kalii seu Natrii bromati 1,0, Coffeini natrio-benzoici 0,5, Aq. destill. 200,0 MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день).

Систематическое впускание в глаз Sol. Pilocarpini hydrochlorici 1% или Sol. Proserini 0,25%, или Sol. Eserini salicylici 0,25%, Sol. Benzamoni 3%, 5%, Sol. Phosphacoli 1 : 5000 или 1 : 10 000. Больной должен находиться под систематическим наблюдением врача-окулиста. Надо следить за функциями глаза; если зрение падает, необходима операция.

ГЛАУКОМА ВТОРИЧНАЯ (GLAUKOMA SECUNDARIUM). Повышение внутриглазного давления в результате каких-либо видимых причин, в большинстве случаев причин, затрудняющих отток жидкостей из глаза (спаянное бельмо роговицы, «оржавление» глаза, кровоизлияния в глаз и т. п.).

Симптомы и лечение те же, что и при первичной глаукоме *(см.)*.

ГЛИОМА СЕТЧАТКИ (GLIOMA RETINAE). Злокачественное новообразование сетчатки. Наблюдается в раннем детском возрасте, до 3—5 лет.

Симптомы и течение. Зрачок становится желтовато-серым («кошачий глаз»), ребенок быстро теряет зрение. Опухоль растет быстро, прорастая все оболочки глаза, и распространяется по зрительному нерву в полость черепа. Вскоре может развиться экзофтальм (выпячивание глаза).

Заболевание обычно двустороннее. Диагноз в начальных стадиях ставится специалистом-окулистом методом офтальмоскопии.

Лечение. Ввиду злокачественности опухоли, требуется спешная операция (удаление глаза).

ГОНОБЛЕННОРЕЯ (GONOBLENORRHOEA CONJUNCTIVAE). Гонорейное воспаление соединительной оболочки глаза. Различают две формы: гонобленнорею новорожденных и гонобленнорею взрослых.

Гонобленнорея новорожденных возникает в результате заражения ребенка во время прохождения его через родовые пути матери, больной гонореей, и поражает обычно оба глаза.

Гонобленнорея взрослых возникает либо у больных гонореей в результате самозаражения, либо через соприкосновение с загрязненными гонорейным секретом предметами. Она бывает часто односторонней.

Симптомы и течение. Резкий отек и покраснение век, отек и гиперемия конъюнктивы, обильное отделяемое — вначале сукровичное (3—5 дней), а затем гнойное. В поздних стадиях может возникнуть язва роговицы. Исход: если была язва роговицы, остается бельмо.

Лечение. Конъюнктиву присыпают порошком сульфацила каждые 3 часа круглосуточно (после предварительного промывания конъюнктивального мешка теплым раствором марганцовокислого калия 1 : 5000) или впускают 30% раствор сульфацила. Рекомендуется закапывать каждый час без перерыва на ночь раствор пенициллина 10 000 ЕД в 1 мл (100 000 ЕД растворить в 10 мл физиологического раствора). Каждые 3—4 дня готовить свежий раствор. Сохранять в прохладном месте. Полезно применять антибиотики внутримышечно в обычных дозах.

Для предохранения от появления язвы роговицы один раз в день впускают Sol. Eserini salicylici 0,25% или Sol. Pilocarpini hydrochlorici 1%. Необходимо соблюдать правила общей и личной гигиены. Чтобы инфекция не попала во второй, здоровый глаз, взрослым накладывают на этот глаз

часовое стекло, края которого прикрепляют к коже липким пластырем. В случае появления язвы роговицы больного нужно немедленно направить к врачу-окулисту.

Профилактика гонобленнореи у новорожденных по Матвееву (метод, ошибочно приписываемый Креде). Веки новорожденного тщательно обтирают ватным тампоном, после чего в каждый глаз впускают по одной капле свежеприготовленного 2% ляписа (Sol. Argenti nitrici 2%). Не промывать глаза после впускания капель!

ГРАДИНА (CHALAZION). Невоспалительная ограниченная припухлость в толще век. Наступает обычно вследствие закупорки выводных протоков мейбомиевой сальной железы, расположенной в толще хряща века.

Симптомы и течение. Ограниченная, не спаянная с кожей век припухлость величиной с горошину, иногда просвечивающая через конъюнктиву хряща. Может существовать годами, то увеличиваясь, то уменьшаясь.

Лечение. Иногда помогает массаж с Ung. Hydrargyri oxydati flavum 1% (мазь закладывают на ночь в конъюнктивальный мешок, после чего больной пальцем через кожу массирует градину). Если рассасывание не наступило, прибегают к оперативному удалению. В молодом возрасте операция производится больше с косметической целью, в пожилом изредка наблюдается злокачественное перерождение, а поэтому удаление градины обязательно.

ДАЛЬНОЗОРКОСТЬ (HYPERMETROPIA). Врожденное предрасположение к аномалии рефракции (понижение преломляющей способности сред глаза или уменьшение его передиезаднего диаметра).

Симптомы. Жалобы на быструю утомляемость глаз при работе, головные боли, при высоких степенях — понижение зрения. Часто предрасполагает к блефаритам, хроническим конъюнктивитам.

Лечение. Коррекция выпуклыми стеклами (конвекс) наивысшим номером, который переносит больной. При дальнозоркости, осложненной блефаро-конъюнктивитом, выпуклые стекла назначают для постоянного ношения. После удаления катаракты (афакия), получается дальнозоркость, которую исправляют выпуклыми стеклами + 10,0—12,0 D.

ДАЛЬНОЗОРКОСТЬ СТАРЧЕСКАЯ (PRESBYOPIA). Развивается обычно после 40—45 лет вследствие уплотнения ядра хрусталика, что затрудняет аккомодацию (способность глаза приспосабливаться к зрению на разное расстояние).

Симптомы и течение. Затруднение или невозможность работы на близком расстоянии при сохранившемся зрении вдаль.

Лечение. Врач-окулист назначает выпуклые стекла (конвекс) для работы.

КАТАРАКТА. ПОМУТНЕНИЕ ХРУСТАЛИКА (CATARACTA). Причины развития катаракты неизвестны. Зонулярную. (врожденную) катаракту связывают с рахитом. Катаракта встречается чаще в пожилом возрасте в форме так называемой старческой катаракты (cataracta senilis). В молодом и детском возрасте катаракта встречается значительно реже. Наиболее частой формой катаракты молодого и детского возраста является так называемая зонулярная катаракта (cataracta sonularis). Кроме того, могут быть врожденные катаракты и другого характера.

Симптомы и течение. Постепенное падение зрения. Объективно: помутнение хрусталика; постепенно изменяется цвет зрачка, который становится серым, а не черным, как в норме. Помутнение хрусталика возникает постепенно, поэтому заметного изменения цвета зрачка вначале может и не быть, вначале не бывает и выраженного понижения зрения. Болезнь развивается медленно; в старческом возрасте процесс может длиться годами.

Лечение. Оперативное удаление катаракты. Оперировать катаракту можно лишь при условии, если сохранилась способность видеть свет. Если

больной не видит света и не может указать направление, откуда он исходит, это указывает на то, что у него, кроме помутнения хрусталика, имеются еще и другие заболевания. Оперировать в этих случаях не имеет смысла.

При начальных катарактах внутрь назначают препараты йода (T-rae Jodi 5% от 2 до 10 капель на молоке после еды, постепенно повышая дозу: люголевский раствор (Jodi puri 0,2, Kalii jodati 0,2, Aq. destill. 20,0) по такой же схеме; хорошее действие оказывает 3% раствор йодистого калия, который принимают внутрь по 1 столовой ложке после еды, или йодгиперсол, принимаемый по 1/4 чайной ложке перед едой. Все препараты йода принимают 2—3 раза в день. Витамин C — внутрь. В конъюнктивальный мешок вводят капли Sol. Acidi ascorbinici 1% на 3% растворе глюкозы 2—3 раза в день, чистый или в сочетании с 2% раствором йодистого калия, рибофлавин.

Rp. Kalii jodati 0,2
Acidi ascorbinici 0,1—0,05
Sol. Glucosae 3% 10,0
MDS. По 2 капли 2—3 раза в день в больной глаз

Rp. Riboflavini 0,002
Sol. Glucosae 2% 10,0
MDS. По 2 капли 2 раза в день в глаз

Rp. Riboflavini 0,005
Glucosae 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 40
S. По 1 порошку 2 раза в день внутрь

КЕРАТИТ ИНТЕСТИЦИАЛЬНЫЙ (KERATITIS INTESTITIALIS).

Причины. Чаще всего врожденный сифилис, реже — туберкулез и другие инфекционные заболевания. Развивается обычно в возрасте 5—20 лет. Заболевают оба глаза часто не одновременно, а через некоторый промежуток.

Симптомы и течение. Гиперемия конъюнктивы вокруг роговицы с синюшным оттенком. Помутнение роговицы в глубоких слоях ее (поверхность ее напоминает матовое или запотевшее стекло). Быстро развиваются новообразованные сосуды в глубоких слоях роговицы. Радужная оболочка раздражена. Болезнь нарастает в течение 6—8 недель, затем до 2 лет может наблюдаться просветление роговицы. Болезнь нередко сопровождается тугоухостью, неправильным развитием верхних резцов (гутчинсоновская триада). Изъязвления роговицы не бывает.

Лечение. Исследование крови больного и членов семьи на реакцию Вассермана. В случае положительной реакции специфическое противосифилитическое лечение — пенициллин до 8 000 000 ЕД на курс, бийохинол. Особенно хороший эффект дает втирание серой ртутной мази. Местно назначают тепло, Sol. Atropini sulfurici 1% несколько раз в день по 1—2 капли. Чтобы атропин не попадал в носоглотку и не проглатывался, больной в течение 10 минут надавливает указательным пальцем на внутренний угол глаза (на область слезного мешка). В период рассасывания помутнения вводят Sol. Dionini 2—8% (концентрацию постепенно повышают) по 1—2 капли 3 раза в день, мазь из желтой осадочной ртути (1—2%). Тканевая терапия по акад. В. П. Филатову (экстракт алоэ по 1 мл N. 30, подкожно, подсадка консервированной на холоду кожи и т. п.). В случаях стойких бельм роговицы — оперативное вмешательство (искусственный зрачок, пересадка роговицы по акад. В. П. Филатову).

Rp. Hydrargyri oxydati flavi 0,1
Aq. destill. gtt. IV
Vaselini puri 10,0
M. f. ung.
DS. За веки 2 раза в день

КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ СКРОФУЛЕЗНЫЙ (KERATOCONJUNCTIVITIS SCROPHULOSA). Туберкулезное воспаление роговицы и конъюнктивы. Причины. Заболевание наблюдается у детей с туберкулезом желез и относится к группе аллергических заболеваний. Возникновению его часто способствует туберкулезная интоксикация, а также интоксикация со стороны желудочно-кишечного тракта, особенно аскаридоз.

Симптомы и течение. Часто экзема кожи лица. Явления общего скрофулеза: увеличение желез, положительная реакция Пирке. Светобоязнь, слезотечение, сильный спазм век. На конъюнктиве и роговице, чаще у лимба, мелкие узелки (фликтены), которые вскоре распадаются, заживая на конъюнктиве без следа, а на роговице с образованием рубцов (бельмо).

Лечение. Общее. Внутрь рыбий жир, Sol. Calcii chlorati 10% 200,0 два раза в день по 1 столовой ложке. Облучение кварцем (осторожно!). В случае обнаружения в кале яиц аскарид — удаление глистов. Внутримышечные инъекции екорофтальмола (смесь в равных частях рыбьего жира и персикового масла) по 1—2 мл в течение 30 дней. Внутримышечные инъекции по 0,5—1—1,5 и 2 мл 0,25% раствора хлористого кальция, 20—30 дней; подкожно экстракт алоэ по 1 мл, 30—40 инъекций.

Rp. Dimedroli 0,05
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 1—2 раза в день внутрь

Rp. Sol. Calcii chlorati 2% 10,0
Sol. Adrenalini 0,1% gtt. X
MDS. По 2 капли 2 раза в день в глаз

Рациональное, богатое витаминами питание (сливочное масло, молоко, свежие фрукты, овощи: морковь, капуста, брюква и т. п.).

Местно. Вводить в конъюнктивальный мешок каждые 2—3 часа 2—3 капли стрептомицина (100 000 ЕД сернокислого стрептомицина растворить в 10 мл физиологического раствора или бидистиллированной воды). Иногда хорошо помогают пенициллиновые капли (100 000 ЕД пенициллина растворить в 10 мл физиологического раствора), которые вводят через 2—3 часа в конъюнктивальный мешок. Закладывать мазь из 1% желтой осадочной ртути 2 раза в день. Закапывать Sol. Resorcini 2% 2 раза в день по 2 капли. При резкой гиперемии конъюнктивы глазного яблока вокруг роговицы впускать Sol. Atropini sulfurici 1% два раза в день. Лечить экзему кожи — смазывать 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, присыпать белым стрептоцидом. Мокнущие участки кожи прижигать 2—5% раствором ляписа. Особенно рекомендуется введение капель следующего состава в конъюнктивальный мешок.

Rp. Sol. Zinci sulfurici 0,3% 10,0
Resorcini 0,1—0,2
Sol. Adrenalini 0,1% gtt. X
MDS. По 2 капли 3—4 раза в день в оба глаза

Профилактика. Строгое соблюдение правил общей и личной гигиены, занятия физкультурой и спортом. Рациональное разнообразное питание, богатое витаминами.

КОНЪЮНКТИВИТ ДИФТЕРИЙНЫЙ (DYPHTHERIA CONJUNCTIVAE, CONJUNCTIVITIS DYPHTHERICA). Воспаление соединительной оболочки глаз, вызванное палочкой Леффлера.

Симптомы и течение. Очень сильный отек век, образование пленок на поверхности конъюнктивы, по снятии которых обнажается кровоточащая поверхность. В конъюнктивальном секрете палочки Леффлера. В поздние периоды заболевания может развиться язва роговицы.

Лечение. Немедленно ввести антидифтерийную сыворотку в количестве не менее 6000—10 000 АЕ. Глаза промывать нераздражающими растворами (3% раствор борной кислоты, Sol. Hydrargyri oxycyanati 1 : 6000). В глаз 2 раза в день закладывать Ung. Xeroformii 3%. При язве роговицы впускать 2 раза в день Sol. Eserini salicylici 0,25% или Sol. Pilocarpini hydrochlorici 1%, или Sol. Proserini 0,2%. Больного немедленно помещать в инфекционную больницу (не в глазную!).

КОНЪЮНКТИВИТ ОСТРЫЙ, ИНФЕКЦИОННЫЙ. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗ (CONJUNCTIVITIS ACUTA). Возникает вследствие попадания в конъюнктивальный мешок гнойной инфекции: стафило-, стрепто- или пневмококков, палочки Коха-Викса, вируса.

Симптомы и течение. Отек и гиперемия век и слизистой оболочки глаза, иногда кровоизлияния в ней, слезотечение, склеивание краев век гноем, главным образом после сна.

Лечение. Промывать глаза несколько раз в день теплым раствором Sol. Hydrargyri cyanati (или oxycyanati) 1 : 5000—8000, Sol. Kalii hypermanganici 1 : 5000. Прижигать вывернутые веки Sol. Argenti nitrici 1—2% (смыть избыток 1% раствором хлористого натрия). Вместо прижигания можно впускать в глаза белковые препараты серебра (Sol. Collargoli 3—5%, Sol. Protargoli 2—3%) 2—3 раза в день по 2 капли, Sol. Sulfacyli solubilis 30%; кроме того, каждые 2 часа рекомендуется впускать в глаза раствор пенициллина — 100 000 ЕД в 10 мл физиологического раствора. Раствор надо менять через 3—4 дня.

КОНЪЮНКТИВИТ ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ (CONJUNCTIVITIS FOLLICULARIS). Хроническое заболевание конъюнктивы у лиц, находящихся в плохих санитарно-гигиенических условиях (пыльное помещение, работа при плохом освещении и т. п.), а также у лиц, страдающих глистами, заболеваниями носа, аллергическими заболеваниями и т. п.

Симптомы и течение. Ощущение присутствия инородного тела, песка в глазах. Чаще всего в конъюнктиве нижних переходных складок и в углах конъюнктивы верхних век появляются мелкие, реже крупные зерна (фолликулы). Лежат эти зерна поверхностно, конъюнктива между ними не изменена (этим они отличаются от трахомных фолликулов, которые лежат глубоко и ткань между ними инфильтрирована). Заболевание протекает длительно и бесследно проходит, чем и отличается от трахомы *(см.)*, при которой фолликулы обязательно замещаются рубцовой тканью.

Лечение. Оздоровление общегигиенических условий труда и быта. Общеукрепляющее лечение (особенно у детей), изгнание глистов (если они обнаружены). Местно: Sol. Zinci sulfurici 0,3% или по следующей прописи:

Rp. Zinci sulfurici 0,03
Aluminis cristallisati 0,1
Sol. Acidi borici 3% 10,0
MDS. По 2—3 капли 3 раза в день

Рекомендуется смазывать вывернутую конъюнктиву век кристаллом квасцов (белый камень). На ночь за веки закладывают Ung. Hydrargyri oxydati flavi 1%.

КОНЪЮНКТИВИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (CONJUNCTIVITIS CATARRHALIS CHRONICA). Часто развивается при аномалии рефракции

(особенно в случаях дальнозоркости), пребывании в плохих санитарных условиях (пыль, дым). Часто бывает при аскаридозе. Встречается и как профессиональное заболевание у мукомолов, пекарей, на льнозаводах, в деревообделочной и химической промышленности.

Симптомы и течение. Жалобы на быструю утомляемость зрения, особенно при искусственном освещении, ощущение песка под веками, иногда небольшое слизистое отделяемое. Конъюнктива век гиперемирована, бархатиста. Нередко имеется и блефарит *(см.)*.

Лечение. Рациональное питание — пища, богатая витаминами, особенно витамином А (рыбий жир, морковь и т. п.). В случае обнаружения в кале яиц глистов — удаление паразитов. Необходимо исключить интоксикацию со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры).

Местно — в конъюнктивальный мешок:

Rp. Zinci sulfurici 0,03
Aluminis crystallisati 0,1
(или Resorcini 0,1—0,2)
Sol. Adrenalini 0,1% gtt. X.
Sol. Acidi borici 3% 10,0
MDS. Глазные капли

Вяжущие — Sol. Zinci sulfurici 0,25—0,5%. Sol. Aluminis crystallisati 1%. На ночь можно закладывать за веки 1% мазь из желтой осадочной ртути. *(см.)*, Sol. Protargoli 2—3%. Глазная примочка из Sol. Hydrargyri cyanati (или oxycyanati) 1 : 5000—1 : 8000 или из крепкого чая. Средства необходимо менять.

Профилактика. Устранить причину (меры личной и общественной гигиены), прописать корригирующие или защитные очки (консервы).

КОСОГЛАЗИЕ (STRABISMUS). Причины. Обычно различают косоглазие содружественное и паралитическое (глаз не двигается в сторону парализованной мышцы). Причиной содружественного косоглазия бывают аномалии рефракции, паралитического косоглазия — отравление (алкоголь, свинец, ботулизм), инфекционные болезни (главным образом дифтерия, грипп), травмы. Изолированный паралич отводящей мышцы глаза обычно бывает при сифилисе.

Симптомы и течение. Отклонение глаза в сторону или вверх, вниз. При внезапно наступившем косоглазии — двоение.

Лечение. Возможна ранняя коррекция аномалий рефракции. Лечение у врача-специалиста. При паралитическом косоглазии назначают лечение исходя из его причины, при стойком косоглазии производят операцию. Детей моложе 13—15 лет оперировать не рекомендуется.

Профилактика. Корригировать обнаруженную аномалию рефракции очками для постоянного ношения.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПОД КОНЪЮНКТИВУ (HAEMORRHAGIA SUBCONJUNCTIVALIS) наступает неожиданно при сильных напряжениях и приливах крови к голове (сильный кашель, рвота, запор и т. п.).

Симптомы и течение. Ярко-красные пятна (кровь) разной величины и формы под конъюнктивой глаза. Рассасываются через 1—2 недели, не оставляя следов.

Лечение. Не требуется.

КРЫЛОВИДНАЯ ПЛЕВА (PTERYGIUM). Развивается обычно в пожилом возрасте у лиц, проживающих в местностях с плохими климатическими условиями (пыль, холод, ветер).

Симптомы и течение. Треугольная складка конъюнктивы, которая нарастает на прозрачную роговицу. Чаще надвигается на нее с внутренней стороны (pterygium internum), реже — с наружной стороны (pterygium externum). Когда плева зайдет за половину роговицы, наступает нарушение зрения.

Лечение. Оперативное.

КУРИНАЯ СЛЕПОТА см. *Авитаминоз А.*

ОЖОГИ ГЛАЗ ЛУЧИСТОЙ ЭНЕРГИЕЙ (OPHTHALMIA ELECTRICA) наступает при работе во время электросварки, при облучении кварцем без защитных очков и т. п., во время пребывания в солнечный день на горных ледниках, снеговых вершинах или вообще среди снежных пространств (действие ультрафиолетовых лучей).

Симптомы и течение. Через 6—7 часов после воздействия на глаз лучистой энергии появляется слезотечение, резкая боль, светобоязнь. Объективно — небольшое раздражение конъюнктивы, особенно в области глазной щели, слущивание эпителия роговицы. Очень редко — изменения глазного дна.

Лечение. Покой, холодные примочки, Sol. Dicaini 0,5—1% в глаз. В конъюнктивальный мешок — Ol. Vaselini или 2% мазь из борной кислоты или ксероформа на чистом вазелине.

Профилактика. Ношение защитных очков из темного стекла (консервы).

ОЖОГИ ГЛАЗ ТЕРМИЧЕСКИЕ. Симптомы и течение. Боль, слезотечение, падение зрения. Отек век, образование пузырей на коже век, отек и гиперемия конъюнктивы, помутнение роговицы. При тяжелых ожогах конъюнктива бледная, анемичная, иногда фарфорово-белая. В дальнейшем может появиться некроз кожи век и конъюнктивы, а также язва роговицы. Исходы — образование рубцов, вывороты век, бельмо.

Лечение. Удаление частиц, причинивших ожоги (металл и т. д.), если таковые имеются. В глаз каждый час закапывать Ol. Vaselini sterilisata или Ol. Jecoris Aselli, закладывать каждые 3 часа Ung. Sulfacyli 10% или Ung. Xeroformii 3—5%.

Ввести противостолбнячную сыворотку 1500 АЕ. Срочно после оказания первой помощи направить больного к врачу-специалисту.

ОЖОГИ ГЛАЗ ХИМИЧЕСКИЕ. Симптомы и течение те же, что и при термических ожогах *(см.)*. Рано появляется некроз и отторжение некротических участков тканей. Роговица фарфорово-белая, в дальнейшем появляется язва роговицы. Исходы — образование рубцов, сращение век с глазным яблоком, бельмо роговицы.

Лечение. Немедленно тщательно промыть глаз обильным количеством воды или при ожогах глаза кислотой 2% раствором двууглекислой соды, а при ожогах щелочью — 2% раствором борной кислоты.

В глаз впускать Ol. Vaselini sterilisata каждый час. При болях — Sol. Dicaini 0,5%. Особенно опасны ожоги щелочами. После оказания первой помощи срочно направить больного к специалисту! При ожогах глаз химическим карандашом удалить частицы карандаша, в глаз впускать Sol. Tannini 1% — первые полчаса через 5—10 минут, затем 3—4 раза в день. Ввести противостолбнячную сыворотку 1500 АЕ.

ОПУЩЕНИЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА (PTOSIS) обычно бывает врожденным вследствие недоразвития мышцы, реже приобретенным вследствие паралича нерва.

Симптомы и течение. При спокойном взгляде вперед верхнее веко покрывает больше верхней трети роговицы (в норме — только верхнюю треть ее), поднятие века почти или совсем невозможно (незначительное поднятие века возможно только при напряжении мышц лба).

Лечение. Только оперативное.

ОСМОТР ГЛАЗ У ДЕТЕЙ. Помощник (мать, няня) кладет ребенка к себе на колени головой вперед, ноги ребенка выше колен прижимает локтем к своей груди, а руками удерживает его руки. Голова ребенка зажимается в слегка раздвинутых коленях исследующего. Глазную щель осторожно раскрывают векоподъемником или в крайнем случае приподнимают лопаточкой стеклянной палочки. При раскрывании глазной щели производящий исследование не должен низко наклоняться к лицу

ребенка, так как содержимое конъюнктивального мешка может брызнуть ему в лицо.

ОФТАЛЬМИЯ СИМПАТИЧЕСКАЯ см. *Симпатическое воспаление.*

ОФТАЛЬМИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ см. *Ожоги лучистой энергией.*

ОЧКИ. Различают стекла, собирающие свет (конвекс, +), и стекла, рассеивающие свет (конкав, —). Стекла конвекс употребляются для коррекции дальнозоркости *(см.)*, стекла конкав — для исправления близорукости *(см.)*. Переднюю выпуклую поверхность стекла легко оцарапать, а поэтому очки надо хранить в плотном футляре и протирать чистой, несколько раз стиранной полотняной тряпочкой. Сила оптических стекол исчисляется в диоптриях (D). Одна диоптрия — сила стекла, фокусное расстояние которого равно 1 м. При значительном снижении зрения, но не ниже 0,06 (счет пальцев на три метра) дают так называемые телескопические очки. Иногда назначают также контактные линзы, которые надеваются прямо на глазное яблоко.

Очки-консервы — очки из цветного или дымчатого стекла — служат для защиты глаза от попадания инородных тел, от чрезмерно яркого света (солнца, при облучении кварцевой лампой и т. п.).

ПАНОФТАЛЬМИТ (PANOPHTHALMITIS) — гнойное воспаление всех оболочек глаза.

Причины. Чаще всего ранение глаза с попаданием инфекции во время ранения или после него, иногда перенос инфекции из гнойного очага эндогенным путем.

Симптомы и течение. Сильные боли в глазу и голове, повышение температуры, отек конъюнктивы глаза (хемоз), выпячивание глазного яблока (exophthalmus). В передней камере глаза — желтый гной.

Лечение. Тепло (компресс, припарки, синий свет) применять несколько раз в день по 10—15 минут. Внутрь стрептоцид или сульфодимезин, норсульфазол и т. п. по обычным схемам. Пенициллин по 30 000—50 000 ЕД через 4 часа внутримышечно (без перерыва на ночь) несколько дней подряд. Можно вводить пенициллин, разведенный в 1% растворе новокаина (по 200 000 ЕД два раза в сутки), или пенициллин, разведенный в физиологическом растворе, в зону тканевой геморрагии (место, где была поставлена кровососная банка) через 12 часов после банок.

При нарастании явлений надо срочно направить больного к специалисту.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗ МЕХАНИЧЕСКИЕ. Механические повреждения глаз могут быть непрободными и прободными. Повреждения глаз могут сопровождаться внедрением инородного тела в ткани глаза. Чаще всего это мелкие инородные тела (песчинки, уголь, мелкие металлические стружки и т. д.). Они застревают в конъюнктиве верхнего века глаза и в роговице. Под верхним веком соринка обычно располагается в желобке, который имеется на внутренней поверхности век, недалеко от его края. Ости злаков нужно искать в сводах конъюнктивы.

Симптомы и течение. Ощущение присутствия инородного тела, слезотечение. Инородное тело на слизистой века (вывернуть веко и осмотреть его с лупой) или на поверхности роговицы (осмотр с лупой).

Лечение. Впустить в глаз — 0,1—0,5—1% раствор дикаина один раз или 2—3% раствор кокаина 1—2 раза. Инородное тело удалить ваткой, туго свернутой в форме палочки и смоченной дезинфицирующим раствором. С роговицы инородное тело удаляют специальной иглой или глазным долотом. После удаления впустить в глаз Sol. Sulfacyli solubilis 30% или Sol. Collargoli 3% и за веки заложить Ung. Xeroformii 3%, глаз завязать.

Больной должен быть осмотрен на следующий день. При появлении инфильтрата роговицы на месте удаленного инородного тела впустить в глаз Sol. Atropini sulfurici 1% 1—2 капли; Sol. Sulfacyli solubilis 30% 3—4 раза в день или раствор пенициллина 100 000 ЕД в 10 мл физиологического рас-

твора каждые 2—3 часа (см. также *Язва роговицы*), заложить за веки Ung. Xeroformii 3—5% или Ung. Streptocidi albi 2% и направить больного к окулисту.

Профилактика. Строгое соблюдение правил индивидуальной и общей защиты (очки-консервы, экраны и т. п.).

ПРОТЕЗ ГЛАЗНОЙ. Применяют, почти как правило, «реформпротез» — протез, образованный из полого шара, одна стенка которого вдавлена внутрь. На выпуклой поверхности его изображен передний отрезок глаза. Сверху протеза имеется небольшая выемка для блока глазницы. Внутренний угол протеза острый, наружный закруглен — это позволяет определить, для какого глаза предназначен протез, причем надо, чтобы выемка была направлена вверх, а острый угол к носу. Вставляя протез, приподнимают верхнее веко и более острый конец протеза подводят под верхнее веко, а тупой конец поворачивают к виску и вставляют его в конъюнктивальную полость, оттягивая нижнее веко. Протез удерживается веками. На ночь протез снимают (над постелью над подушкой, чтобы не разбить) и сохраняют в вате, смоченной 3% раствором борной кислоты. Очень удобны протезы из пластмассы. Протезы даже с незначительными дефектами употреблять нельзя.

РАНЕНИЕ ГЛАЗА ПРОБОДНОЕ (VULNUS OCULI PERFORANS). Симптомы и течение. Боли, часто падение зрения, наличие раневого отверстия, в которое могут выпасть оболочки глаза; при прободном ранении в области склеры рана темного цвета. Глаз на ощупь мягкий.

Последствия — возможность попадания инфекции в глаз (панофтальмит) *(см.)*, а также опасность перехода воспаления на второй глаз (симпатическое воспаление глаз) *(см.)*.

Лечение. В конъюнктивальный мешок вводят дезинфицирующие капли (Sol. Sulfacyli solubilis 30%, Sol. Collargoli 3%, Sol. Chinini hydrochlorici 1%, приготовленный без прибавления кислоты), а внутримышечно — 1500 АЕ противостолбнячной сыворотки (лучше дробными дозами по Безредке) *(см.)*, затем накладывают на глаз стерильную повязку и срочно направляют больного к специалисту. При начинающейся инфекции (гнойная инфильтрация раны, гной в конъюнктивальном мешке) внутрь назначают белый стрептоцид по 0,5 г 4—6 раз в день; пенициллин больной получает по 30 000—50 000 ЕД внутримышечно каждые 4 часа без перерыва на ночь (2—3 дня). В конъюнктивальный мешок каждые три часа засыпают порошок сульфацила или Ung. Streptocidi albi 2%.

Профилактика. Нужно обратить особое внимание на профилактику травматизма у детей (не давать детям игрушек с острыми краями, ножницы и т. п.). Широко проводить санитарно-просветительную работу.

СИМПАТИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМИЯ, СИМПАТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ГЛАЗ (OPHTHALMIA SYMPATICA). Болезнь обычно является последствием прободного ранения глаза, особенно ранения в области ресничного тела, если в результате этого ранения развился вяло текущий иридоциклит, т. е. воспаление радужной оболочки и ресничного тела *(см.)*.

Симпатическое воспаление возникает обычно на здоровом глазу через 3—8 недель со дня прободного ранения первого глаза, но может развиться и через несколько лет. Легко раздражающиеся, болезненные при дотрагивании глаза, ослепшие в результате прободного ранения, рекомендуется удалять.

Симптомы и течение. Раздражение, светобоязнь второго, здорового до этого глаза. Боли при давлении на глаз, перикорнеальная (около-роговичная) гиперемия конъюнктивы, воспаление радужной оболочки *(см.)*, изменение цвета последней, узкий зрачок. Зрение постепенно падает.

Лечение. Удалить раненый глаз, если он безнадежно слеп. Второй глаз лечить, как лечат воспаление радужной оболочки *(см.)*. Общее лечение: 40% раствор уротропина внутривенно, втирание серной ртутной мази (по 3 г тщательно втирает ежедневно сам больной в разные участки кожи

в течение 5—6 дней, после чего принимает гигиеническую ванну; на курс 30 втираний, при втираниях полоскать рот 2% раствором бертолетовой соли).

Если возможно, срочно направить больного к специалисту!

Профилактика — своевременное, до развития симпатического воспаления, удаление раненого глаза, если в течение 10—15 дней иридоциклит не проходит.

ТРАХОМА. ХРОНИЧЕСКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОНЪЮНКТИВЫ (TRACHOMA, CONJUNCTIVITIS TRACHOMATOSA). Симптомы и течение. Инфильтрация конъюнктивы, развитие сосочков и зерен (фолликулов), которые замещаются рубцовой тканью. Трахома длится годами. Различают четыре стадии в ее развитии. Первая стадия (trachoma I) — гипертрофия конъюнктивы, обильное образование зерен, главным образом на верхней переходной складке и обязательно в конъюнктиве хряща, гипертрофия сосочков. Вторая стадия (trachoma II) — начало образования рубцов, которых меньше, чем зерен. Глубокая инфильтрация конъюнктивы, фолликулы держатся. Третья стадия (trachoma III) — преобладание рубцов, но зерна и глубокая инфильтрация еще имеются. Четвертая стадия (trachoma IV) — законченное рубцевание без признаков инфильтрации и зерен.

Осложнения трахомы — паннус (pannus) — сосудистое разлитое поверхностное воспаление роговицы. Может возникнуть язва роговицы, после чего остается непрозрачный рубец (бельмо).

Последствия трахомы. Неправильный рост ресниц (trichiasis), заворот век (entropion), Высыхание соединительной оболочки и роговицы — ксероз, который обычно ведет к слепоте вследствие стойкого помутнения роговицы.

Исход трахомы. Образование рубцов. Если была язва роговицы, остается бельмо.

Лечение. Выдавливание трахомных зерен один раз в 3—4 недели. В последнее время широко применяется после выдавливания трахомных зерен закладывание мази — Ung. tetracyclini 1% 3—5 раз в день. Промывание глаз Sol. Hydrargyri cyanati и oxycyanati (1 : 6000) 2—3 раза в день. Вводят два раза в день по 2 капли Sol. Collargoli 3—5%. Рекомендуются местно сульфаниламидные препараты. Трихиаз и заворот требуют оперативного лечения. При язвах роговицы направить к окулисту.

Профилактика. Санитарно-просветительная работа, поголовный осмотр населения, особенно коллективов (школы, предприятия, детские учреждения), изоляция заболевших, у которых имеется отделяемое из глаз (гноятся глаза). Выявление источника инфекции (обследование членов семьи заболевшего). Строгое соблюдение правил общей и личной гигиены.

ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ (PHLEGMONA ORBITAE). Причины. Переход воспаления с век, придаточных полостей, метастаз из гнойного очага, при инфекционных заболеваниях.

Симптомы и течение. Сильные боли в глазу и голове, озноб, повышение температуры; отек и гиперемия век; сильный отек конъюнктивы. Выпячивание глазного яблока (экзофтальм), ограничение подвижности или даже полная неподвижность глаза.

Лечение. Заболевание может угрожать жизни. Больного следует срочно направить к врачу-окулисту. Лечение стационарное под наблюдением врача-окулиста. Местно — тепло (припарки, синий свет, лампа соллюкс), позднее — разрез в месте наибольшей флюктуации или по орбитальному краю сверху снаружи.

Внутрь стрептоцид по 0,5—1 г через 4 часа; внутримышечно пенициллин по 20 000—40 000 ЕД через 3 часа (8 раз в сутки) без перерыва на ночь или по 200 000 ЕД 2 раза в сутки в 1% растворе новокаина.

ЯЗВА РОГОВИЦЫ (ULCUS CORNEAE, ULCUS CORNEAE CATARRHALIS). Неглубокие язвы серповидной формы. Обычно бывают при

конъюнктивитах и тогда образуются у лимба (роговичной каймы); в других местах язвы образуются при туберкулезе, малярии, лихорадочных заболеваниях, как осложнение ранений роговицы.

Симптомы и течение. Боли, светобоязнь, слезотечение. Перикорнеальная (околороговичная) гиперемия конъюнктивы. Дефект в ткани роговицы с чистым или гнойным дном. Радужная оболочка раздражена.

Лечение. Лечение должно быть направлено против основной причины (конъюнктивит, туберкулез, малярия и т. п.). Местно — горячие припарки (мешочек из льняного семени, бутылочка, наполненная горячей водой, и т. п.). Если нет конъюнктивита (гнойного отделяемого), повязка на глаз. Вкапывать в глаз раствор пенициллина (100 000 ЕД в 10 мл физиологического раствора) каждые 2—3 часа, 30% раствор сульфацила — 3—4 раза в день, закладывать 2% стрептоцидиую мазь. При раздражении радужки — Sol. Atropini sulfurici 1% один-два раза в день по 1—2 капли; при болях — Chinini hydrochlorici и Morphini hydrochlorici āā 0,1, Aq. destill. 10,0 в подогретом виде несколько раз по 1—2 капли в конъюнктивальный мешок (см. также *Язва роговицы ползучая*).

Бельмо на месте язвы лечат Ung. Hydrargyri oxydati flavum 1%, закладывать за веки на ночь, Sol. Dionini 2—7% два раза в день начиная с меньшей концентрации (концентрацию дионина нужно постепенно повышать, так как больной к нему привыкает).

ЯЗВА РОГОВИЦЫ ПОЛЗУЧАЯ (ULCUS CORNEAE SERPENS). Вызывается обычно пневмококком.

Симптомы и течение. Боли, светобоязнь, понижение зрения, небольшой отек кожи век, перикорнеальная (околороговичная) гиперемия. Дефект в ткани роговицы с серовато-грязным дном. Один край язвы плоский, а другой инфильтрирован (желтовато-серого цвета), с подрытым краем; в эту сторону язва прогрессирует. Радужная оболочка воспалена *(см.)*, на дне передней камеры полоска стерильного гноя — гипопион. Может наступить прободение роговицы, по заживлении которого образуется спаянное с радужной оболочкой бельмо роговицы.

Лечение. При воспалении слезного мешка *(см.)* направить больного к врачу-специалисту для операции наложения соустья между слезным мешком и слизистой носа, удаления слезного мешка и т. п. На язву благоприятно действуют капли: пенициллин 100 000 ЕД в 10 мл физиологического раствора по 2—3 капли каждые 1—3 часа; раствор менять через 3—4 дня. Хорошее действие оказывает 30% раствор сульфацила, а также Sol. Chinini hydrochlorici 1%, приготовленный без кислоты. Употреблять в подогретом виде. При воспалении радужки *(см.)* — 1% раствор атропина 1—3 раза в день до расширения зрачка; в случае угрозы прободения язвы — 1% пилокарпин или Sol. Eserini salicylici 0,25%, или Sol. Proserini 0,2% два-три раза в день. Припарки, тепло. Остающееся помутнение роговицы (бельмо) лечат обычным способом *(см.)*.

Профилактика. Своевременная санация слезоотводящих путей.

ЯЧМЕНЬ (HORDEOLUM). Причины. Попадание инфекции (обычно золотистого стафилококка) в сальную железу края век.

Симптомы и течение. Ощущение присутствия инородного тела, боли в области век. Ограниченная гиперемия и припухлость по краю или в толще века; болезненность при ощупывании в месте припухлости. Позднее появление желтоватой головки на вершине припухлости, вскрытие и опорожнение гноя. Иногда ячмень не вскрывается и остается в виде уплотнения — градина *(см.)*.

Лечение. Тепло (припарки, синий свет). Не выдавливать гной! (Опасно в смысле попадания инфекции в вены глазницы и далее в sinus cavernosus). Внутрь — стрептоцид, сульфодимезин по 0,5—1 г 4 раза в день. Если остается уплотнение — пенициллиновая мазь на веки, массаж века с Ung. Hydrargyri oxydati flavum 1% на ночь. Если уплотнение не рассасывается — оперативное вмешательство.

ГЛАВА XII

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ

АДЕНОМА (ADENOMA). Множественные опухоли, располагающиеся на голове, симметрично на лице, в окружности носогубных складок, на подбородке, на спине и половых органах, величиной от просяного зерна до горошины и более.

Лечение. Хирургическое; вымораживание снегом угольной кислоты; электрокоагуляция.

АКТИНОМИКОЗ (ACTINOMYCOSIS). Возбудитель заболевания лучистый грибок, паразитирующий на злаках. Характеризуется плотными узлами, спаянными с подлежащими тканями, которые в дальнейшем размягчаются в центре и вскрываются свищевыми ходами.

Течение. Хроническое, иногда метастазы в легкие.

Лечение. Внутрь препараты йода (Sol. Kalii jodati или Natrii jodati) до 8—10 г в сутки. Хирургическое вмешательство (см. гл. *Хирургические болезни. Актиномикоз).* Рентгенотерапия. Актинолизат — внутримышечно или подкожно в ягодицу по 3—4 мл с промежутками в 3—5 дней, на курс 15—20 инъекций.

Через $1^1/_2$—2 месяца аналогичный курс лечения актинолизата повторяют.

АТРОФИЯ КОЖИ (ATROPHIA CUTIS). Симптомы. Встречается в двух формах: 1) первичная диффузная прогрессивная в виде инфильтрата и красноты, распространяющихся постепенно по периферии и приводящих к истончению кожи, на которой отчетливо выступают расширенные сосуды; 2) ограниченная пятнистая, при которой ограниченные участки кожи представляются истонченными, мягкими, слегка выпячивающимися.

Лечение. При первичной диффузной атрофии показана пенициллинотерапия до 10 000 000 ЕД на курс. Применяются препараты мышьяка, витамины, массаж, тепло, назначаются различные ванны и мягчительные мази (Ung. molle, Ung. Acidi salicylici 2—3%), курортное лечение (Горячий Ключ, Горькое озеро в Челябинской области, Евпатория, Ейск, Кемери, Липецк, Нафталан, Пятигорск, Старая Русса, Талга).

БАЛАНИТ. БАЛАНОПОСТИТ (BALANITIS, BALANOPOSTITIS). Воспаление головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Наблюдается в результате нечистоплотности и нарушения правил личной гигиены.

Симптомы и течение. Покраснение кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, мацерация эпителия и образование поверхностных ссадин. Обильное гнойное отделение с резким неприятным запахом. Зуд, легкая болезненность. Нередко баланит наблюдается в сочетании с фимозом.

Лечение. Местные теплые ванны с марганцовокислым калием 1 : 1000. Обмывание, смазывание 2% раствором ляписа с последующим припудриванием висмутом (Bismuthi subnitrici + Talci āā 10,0) или белым стрептоцидом. При фимозе, если противовоспалительное лечение не дает успеха, — дисцизия (рассечение) или циркумцизия (обрезание).

При рецидивирующем баланите присыпка (Acidi tannici + zinci Oxydati ãã).

БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА (DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING). Симптомы и течение. Высыпание располагается группами в виде пузырьков или пузырей, иногда волдырей на различных частях кожи и нередко на слизистой полости рта (щеки, небо, язык, миндалины, глотка), не поражая волосистой части головы, кожи ладоней и подошвы. Субъективные ощущения: зуд, иногда жжение, более резко выраженные при высыпаниях на слизистой полости рта. Течение острое или хроническое. Болезнь часто рецидивирует, длится годами и в тяжелых случаях может закончиться смертью.

Лечение. Пузыри асептически прокалывают и применяют индифферентные мази (Ung. Dermatoli 10%, Ung. Xeroformii 10%). В отдельных случаях назначают примочки из 0,25% раствора Argenti nitrici, риванола или марганцовокислого калия (1 : 1000). Против зуда применяют мазь (Mentholi 0,6 + Pasta Zinci 30,0) или присыпки (Talci + Amyli ãã 10,0).

Внутрь назначают Dimedroli 0,05 + Sacchari albi 0,25 по 1 порошку 3 раза в день, норсульфазол по 0,5 г 4—5 раз в день, рибофлавин 0,006—0,01 г 3 раза в день, мышьяк, осарсол, при бессоннице — бромиды, веронал, люминал. Переливание крови (эритроцитарной массы, плазмы, сыворотки).

В последнее время у многих больных отмечено прекращение зуда и исчезновение кожных высыпаний при применении диаминодифенилсульфона по 0,05 г 2 раза в день в течение 6 дней. После однодневного перерыва шестидневные циклы лечения повторяют. При этом методе лечения следует иметь в виду осложнения (анемия, гепатиты). Показано также применение кортизона.

БОРОДАВКИ (VERRUCAE). Чрезмерное разрастание сосочков кожи и надкожицы (эпидермиса).

Бородавки обыкновенные. Величина от небольшой горошины до ореха. Бывают единичные и нередко множественные. Чаще располагаются на кистях (пальцы, тыл кисти), подошвах.

Бородавки старческие. Отмечаются в пожилом возрасте. Роговые наслоения в виде возвышений округлых или неправильных очертаний, буроватого или темного цвета, величиной с чечевицу. Располагаются на тыле кистей, в области висков, на спине, груди.

Бородавки юношеские, плоские. Маленькие плоские возвышения без изменения цвета кожи, реже с желтоватым оттенком. Располагаются чаще на тыле кистей, реже на лице и других частях тела.

Лечение. Электрокоагуляция, криотерапия (снег угольной кислоты), смазывание: Acidi salicylici + Acidi lactici ãã 1,0 + Collodii 8,0 или Ung. Resorcini 1—3%.

Внутрь мышьяк: Pil. asiaticae N. 60 по 1 штуке 3—4 раза в день или Sol. arsenicalis Fowleri 3 раза в день начиная с 5 капель; ежедневно прибавляя по 1 капле на прием, разовую дозу доводят до 10 капель. Препарат назначают в следующей прописи:

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 10,0
T-rae Menthae piperitae 20,0
MDS. Внутрь по 5—10 капель

БОРОДАВЧАТЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ см. *Туберкулез кожи.*

ВЕСНУШКИ (EPHELIDES). Мелкие желтобурые пятна, не дающие никаких субъективных ощущений, располагающиеся преимущественно на открытых частях тела, на лице, руках и т. д. Появляются обычно весной при первых лучах солнца, а осенью и зимой проходят или частично исчезают.

Лечение. На ночь после умывания теплой водой с мылом на кожу накладывают одну из указанных ниже мазей.

При отсутствии раздражения в дальнейшем производят легкое втирание; при появлении раздражения употребление мази временно прекращают, применив противовоспалительные средства (Ung. leniens, припудривание тальком); после исчезновения воспалительных явлений лечение мазями продолжают.

Rp. Acidi salicylici
Hydrargyri praecipitati albi
Resorcini āā 1,5—2,0
Vaselini
Lanolini āā 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Hydrargyri praecipitati albi
Bismuthi subnitrici
Camphorae āā 2,0—3,0
Lanolini
Vaselini āā 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Hydrargyri praecipitati albi 5,0—10,0
Hydrargyri bichlorati corros. 0,05—0,1
Bismuthi subnitrici
Olei helianthi āā 1,0
Lanolini
Vaselini āā 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Профилактика. Избегать солнечных лучей, особенно весной, применять защитную мазь.

Rp. Saloli 3,0
Lanolini
Vaselini āā 15,0
M. f. Ung.
DS. Наружное

ВОДЯНИЦА (DYSIDROSIS). Симптомы и течение. Мелкие пузырьки, сопровождающиеся зудом, располагающиеся на боковых поверхностях пальцев рук и ладонях, а также на пальцах стоп и подошвах.

Нередко водяница наблюдается при дисгидрозиформной эпидермофитии (см. *Эпидермофития*).

Лечение. Горячие ванночки со слабым раствором марганцовокислого калия (1 : 5000—1 : 6000) или с танином (Acidi tannici 2—5%) с последующим наложением компресса или мази.

Rp. Liq. Burovi 50,0
Sol. Acidi borici 3% 150,0
MDS. Для компрессов

Rp. Naphthalani 3,0
Lanolini 20,0
Aq. destill. 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь

При наличии усиленной потливости назначают атропин.

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,2% 20,0
S. От 4 до 10 капель ежедневно
в течение 10—14 дней

ВОЛОСАТОСТЬ (HYPERTRICHOSIS). Симптомы. Обильный рост волос, например, у женщин в области верхней губы и подбородка.

Лечение. Радикальный успех достигается электрокоагуляцией каждого волосяного сосочка.

Для временного удаления волос применяют депиляторий, который наносят на кожу тонким слоем на 5—10 минут и смывают после предварительного соскабливания тупым ножом.

Rp. Barii sulfurati 20,0
Zinci oxydati
Amyli āā 10,0
MDS. Депиляторий

(Порошок смешивают с водой до кашицеобразного состояния.)

Для обесцвечивания волос применяют перекись водорода или пергидрол в виде мази:

Rp. Perhydroli 3,0
Lanolini anhydrici 10,0
Vaselini ad 20,0
M. f. ung.
DS. Наружное

ВОЛЧАНКА. см. *Туберкулез кожи.*

ВОЛЧАНКА КРАСНАЯ (LUPUS ERYTHEMATODES). Симптомы и течение. Вначале появляется гиперемированное пятно округлых очертаний, покрытое роговыми чешуйками. Вследствие периферического роста и слияния пятен образуются разнообразные фигуры. При механическом удалении чешуек на поверхности, обращенной к коже, можно обнаружить шипики, соответствующие расширенным волосяным фолликулам. Излюбленное место поражения — выпуклые части лица (нос, щеки), ушные раковины, губы и реже тыльная поверхность кистей.

Течение хроническое. Заболевание имеет склонность к рецидивам и обострениям.

Лечение. Внутримышечное впрыскивание бийохинола по 2—3 мл через 2—3 дня, всего 40—50 мл на курс, 2—3 курса с перерывом между курсами в 2—3 месяца. Кризанол внутримышечно в наружно-верхний квадрант ягодицы. Первые 8 инъекций по 0,1 мл с интервалами в 3—5 дней, последующие 8 инъекций по 0,2 мл с теми же интервалами и заканчивают курс 8 инъекциями по 0,3 мл с интервалами в 5—7 дней. При заболеваниях почек, декомпенсированных пороках сердца и заболеваниях сосудов кризанол противопоказан. Прием внутрь по 0,5 г хинина 2 раза в день и местное смазывание 10% настойкой йода (5 дней лечение и 2 дня перерыв); курс лечения $1^{1}/_{2}$—2 месяца. Акрихин внутрь по 0,1 г 3 раза в день, всего до 150 таблеток (10 дней прием и 5 дней перерыв) и одновременно Acidi nicotinici по 0,1 г 3 раза в день в течение 4—5 недель.

Резохин по 0,25 г 2 раза в день до 20 г на курс лечения. Фтивазид в сочетании с ПАСК. Местно акрихиновый пластырь. В целях профилактики — наружно Ung. Saloli 5—10%. Для лечебных целей можно применять снег угольной кислоты.

В ряде случаев терапевтический эффект наблюдается при применении тканевой терапии по Филатову (подсадка надпочечника или «букет», т. е. яичка и надпочечника).

Общеукрепляющие средства. Лактотерапия (внутримышечные впрыскивания молока в количестве от 2 до 10 мл через 2—3 дня). На курс 10—12 инъекций. Аутогемотерапия по 5 мл через день. На курс 10—12 инъекций. Регулирование деятельности желудочно-кишечного тракта

ДЕРМАТИТ (DERMATITIS). ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ. Может появиться под влиянием различных механических, физических, химических

причин, в результате приема некоторых медикаментов; дерматиты наблюдаются иногда после применения сульфаниламидных препаратов.

Симптомы и лечение. Зуд и жжение. В начальной стадии — покраснение и отечность кожи, в дальнейшем — пузырьки или пузыри, которые, вскрываясь, образуют ссадины, мокнутие и корочки. Дерматиты в результате приема сульфаниламидных препаратов (сульфоэритемы) часто локализуются на слизистой полости рта и половых органов.

Лечение. Устранить основную причину. Внутрь назначают нежные слабительные: Pulv. rad. Rhei по 0,5 г 3 раза в день. В острой стадии: при наличии отека, пузырьков и эрозий назначают примочки, затем индифферентные присыпки или болтушки, а в дальнейшем, в зависимости от процесса, — мази и пасты. Одновременно, как правило, необходимо применять внутрь хлористый кальций, бромистые препараты, валерьяну, а также тонизирующие препараты для повышения реактивности организма.

Rp. Zinci oxydati
Talci
Amyli āā 15,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Amyli (seu Dermatoli)
Talci āā 15,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Zinci oxydati
Talci
Glycerini
Aq. destill. āā 15,0
MDS. Болтушка

Rp. Zinci oxydati
Amyli āā 15,0
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Sol. Argenti nitrici 0,25% 200,0
DS. Примочка

Rp. Sol. Resorcini 2% 200,0
DS. Примочка

ЗАЕДА. (ANGULUS INFECTIOSUS). Вызывается, как правило, стрептококком, но может быть вызвана дрожжеподобным грибком из рода Monilia.

Симптомы и течение. Эрозии и трещины у угла рта, образующиеся из небольших пустул. Субъективно болезненность при открывании рта.

Лечение. Внутрь — поливитамины. Местно — прижигание 10% раствором ляписа через день. Белая и желтая ртутная мазь (см. *Лечение импетиго)*. Синтомициновая 5—10% мазь. Пограничные лучи Букки.

Rp. Riboflavini 0,01
Thiamini 0,01
Acidi nicotinici
Acidi ascorbinici āā 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
DS. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Ung. Synthomycini 5—10% 30,0
DS. Мазь

ЗУД КОЖИ (PRURITUS). Зуд обусловливается как внешними, так и внутренними причинами. Интоксикация (пищевая, лекарственная) или нарушения со стороны общего состояния организма (диабет, запоры, недостаточность деятельности почек, нарушение деятельности некоторых эндокринных желез, нервной системы, глистная инвазия).

Симптомы и течение. Чувство зуда и расчесы на ограниченных участках кожи или распространенный зуд туловища. Ночью зуд обычно усиливается.

Лечение. Лечение основного заболевания. Пищевой и гигиенический режим. При наличии глистов — глистогонное (сантонин и др.). Внутрь бромистые препараты и хлористый кальций. При нарушении функции эндокринных желез — фолликулин, стильбэстрол и др., препарат щитовидной железы. Внутривенно Sol. Calcii chlorati 10% по 5—10 мл через 1—2 дня, всего 10—12 вливаний. Местно зудоуспокаивающие средства (обтирания, мази, болтушка, см. *Дерматит*).

Rp. Dimedroli 0,03—0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Novocaini 0,25% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день за час до еды

Rp. Acidi tannici
Streptocidi albi
Mentholi āā 0,5
Acidi salicylici 0,25
Spiritus vini 90° 50,0
MDS. Для обтирания

Rp. Mentholi 1,0
Acidi carbolici 2,0
Spiritus vini 90° 25,0
Aq. destill. 100,0
MDS. Для обтирания

Rp. Anaesthesini 1,5
Vaselini
Lanolini āā 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Zinci oxydati
Talci
Glycerini
Aq. destill. āā 15,0
MDS. Болтушка

Внутривенно 10% раствор бромистого натрия или бромистого кальция по 10 мл 3—5 раз в неделю, всего 10—15 вливаний, или 0,25—0,5% раствор новокаина по 5—10 мл также до 10—15 вливаний.

Rp. Natrii bromati 5,0
Sol. Natrii chlorati isotonicae (0,85%) 50,0
Sterilisetur!
DS. По 10 мл в вену

ИМПЕТИГО СТРЕПТОКОККОВОЕ (IMPETIGO STREPTOGENES). Вызывается стрептококком, в дальнейшем присоединяется стафилококк.

Симптомы и течение. Заболевание начинается остро. Появляется поверхностный гнойничок или вначале отмечается покраснение кожи. Покрышка гнойничка тонкая, дряблая, через нее просвечивает гнойное содержимое. Вскоре покрышка вскрывается и образуется эрозия или содержимое гнойничка ссыхается в корочку желтого или зеленовато-желтого цвета. Локализация — лицо, уши, кисти, предплечья.

Лечение. Местное лечение заключается в применении мазей и смазывании анилиновыми красками.

Rp. Ung. Hydrargyri oxydati flavi 1—2% 30,0
DS. Мазь

Rp. Ung. Hydrargyri praecipitati albi 2—3% 30,0
DS. Мазь

Rp. Ung. Synthomycini 5—10% 30,0
DS. Мазь

Rp. Viridisnitensis 0,1
Spiritus vini 70° ad 10,0
MDS. Наружное

Rp. Acidi borici pulverati 4,0
Ol. Rusci 2,0—3,0
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Общая терапия (см. *Пиодермия. Лечение*).

В профилактических целях протирать здоровую кожу вокруг очага раздражения камфарным или 1—2% салициловым спиртом.

ИМПЕТИГО ЗАРАЗНОЕ см. *Пиодермия.*

ИМПЕТИГО ПРОСТОЕ см. *Пиодермия.*

ИХТИОЗ (ICHTHYOSIS). РЫБЬЯ ЧЕШУЯ. Симптомы и течение. Распространенное ороговение кожи, сухость. Потоотделение уменьшено или отсутствует.

Локализация симметричная, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Течение хроническое.

Лечение. Симптоматическое с временным успехом. Теплые мыльные ванны и смазывание индифферентными и мягчительными мазями и кремами. Внутрь витамин A, лучше концентрат, по 5—10 капель 3 раза в день во время еды в течение 3—4 недель, можно рыбий жир и т. д., поливитамины.

Rp. Ung. Acidi borici 1—3% 50,0
DS. Мазь

Rp. Riboflavini 0,006—0,01
Thiamini 0,1
Acidi nicotinici 0,05—0,1
Acidi ascorbinici 0,1—0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Dimedroli 0,03—0,05
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
DS. По одному порошку 3 раза в день

Rp. Ung. Acidi salicylici 1% 50,0
DS. Мазь

КРАПИВНИЦА (URTICARIA). Возникает при приеме внутрь некоторых медикаментов или пищевых веществ, а также после ожога крапивой, укусов москитов, комаров или клопов. Наблюдается и как проявление аллергии.

Симптомы и течение. Жжение и зуд кожи. Появление волдырей красного цвета, напоминающих ожог крапивой. Иногда волдыри имеют белый цвет и расположены на покрасневшей коже. Волдыри быстро появляются, исчезают и снова появляются на других участках кожи. Течение обычно острое или хроническое.

Лечение. Внутрь назначают слабительное, хлористый кальций (10%) по 1 столовой ложке 3—4 раза в день, легкая диета, уротропин по 0,5 г 3—4 раза в день, димедрол по 0,03—0,05 г 2—3 раза в день; местно присыпки (Talci + Amyli aa 10,0), обтирание ментоловым спиртом, болтушка. Внутривенно Sol. Calcii chlorati 10% по 10 мл через день или Sol. Urotropini 40% по 10 мл через день (см. также *Зуд кожи. Дерматит*).

ЛИШАЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ (LICHEN RUBER PLANUS). Симптомы и течение. Высыпания состоят из плоских блестящих узелков многоугольной формы с точечным вдавливанием в центре величиной с булавочную головку. Имеют склонность к слиянию, в результате которого образуются кольцевидные фигуры. Локализация: конечности, преимущественно на предплечьях и голенях, чаще симметрично, а также на туловище и наружных половых органах. Нередко лишай располагается на слизистой полости рта (щек, губ, неба и языка). Заболевание сопровождается зудом.

Течение длительное: на слизистой при отсутствии лечения лишай может существовать годами. Заболевание чаще бывает в возрасте 20—25 лет, в детском возрасте — очень редко.

Лечение. Психо- и гипнотерапия. Препараты мышьяка (Pil. asiaticae по одной штуке 3—4 раза в день; принимают до 120 пилюль); осарсол (метод применения см. *Сифилис. Лечение*); бромиды с кофеином.

Rp. Natrii bromati 2,0
Coffeini natrio-benzoici 0,5
Aq. destill. 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Hydrargyri bichlorati 0,05—0,1
Acidi carbolici 2,0
Ung. Wilkinsoni 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь.

Пенициллин не менее 8 000 000—10 000 000 ЕД на курс лечения.

ЛИШАЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ (HERPES ZOSTER). Симптомы и течение. Высыпание состоит из группы пузырьков, располагающихся на покрасневшей поверхности кожи по ходу нерва. Пузырьки чаще расположены изолированно, но могут и сливаться. Преимущественная локализация по ходу межреберных нервов. Появление пузырьков и их обратное развитие сопровождаются зудом, жжением и болезненностью; иногда отмечается общее недомогание и субфебрильная температура.

Лечение. Защита от внешних раздражений (остерегаться охлаждений). Внутрь назначают салициловокислый натрий (0,5 г 3 раза в день), аспирин (0,3 г 3 раза в день), пирамидон (0,3 г 3 раза в день), хинин (0,25 г 4 раза в день), стрептоцид (0,5 г 3 раза в день), внутривенно Sol. Urotropini 40% 5—10 мл через 2—3 дня. При одновременных невралгических болях — облучение кварцевой лампой и лампой соллюкс; припудривание крахмалом, применение цинковой пасты: Ung. Dermatoli или Ung. Xeroformii 5—10%; Pasta Zinci.

ЛИШАЙ ОТРУБЕВИДНЫЙ, ИЛИ РАЗНОЦВЕТНЫЙ (PITYRIASIS VERSICOLOR). Симптомы и течение. Появление на туловище (обычно на груди и в межлопаточной области) отрубевидно шелушащихся желто-бурых пятен. В начале заболевания появляются мелкие пятна, которые постепенно увеличиваются по периферии, сливаются между собой, в результате образуются пятна крупных размеров. В запущенных случаях, захватывая обширные пространства кожного покрова, они принимают вид географической карты. Окраска пятен часто напоминает цвет кофе с молоком. Субъективные ощущения отсутствуют. При смазывании настойкой йода пятна принимают более насыщенную окраску по сравнению с окружающей здоровой кожей.

Лечение. Смазывание 2—5% настойкой йода 2—3 раза в день или 2% салициловым спиртом (Acidi salicylici 0,6 + Spiritus Vini 70° 30,0). Хороший эффект наблюдается при применении раствора гипосульфита с последующим втиранием раствора соляной кислоты (см. *Чесотка. Лечение по методу Демьяновича*).

ЛИШАЙ ПУЗЫРЬКОВЫЙ (HERPES SIMPLEX). Симптомы и течение. Остро протекающее высыпание (чаще на губах и в области носа, на половых органах и т. д.) пузырьков величиной с булавочную головку, обычно с прозрачным, а иногда с мутным или кровянистым содержимым. Пузырьки располагаются обычно группами на гиперемированном основании. Через 2—3 дня они вскрываются, содержимое их ссыхается и образуются красновато-коричневые корочки, которые через 8—10 дней отпадают. На месте высыпания отмечается жжение и небольшой зуд.

Лечение. Внутрь стрептоцид по 0,5 г 3 раза в день, местно — присыпки, болтушки (см. *Дерматит*), пасты (цинковые и др.), при наличии острых воспалительных явлений — холодные примочки.

ЛИШАЙ РОЗОВЫЙ (PITYRIASIS ROSEA). Симптомы и течение. Обычно появляются быстро увеличивающиеся в размере розово-красные пятна, расположенные симметрично на боковых поверхностях туловища и сгибательных поверхностях конечностей. Нередко отмечается легкий зуд. Наибольшего распространения сыпь достигает обычно в течение 2 недель. Отдельные пятна имеют овальные очертания, величина их различна, края несколько возвышаются над уровнем кожи; центральная часть запавшая, покрыта нежными чешуйками. С течением времени сыпь бледнеет и исчезает. Длительность заболевания около 6 недель.

Лечение. Припудривание присыпками (Talci + Amyli $\bar{a}\bar{a}$ 10,0). При наличии зуда — болтушки (см. *Дерматит*).

ЛИШАЙ СТРИГУЩИЙ (HERPES TONSURANS S. TRICHOPHYTIA). Вызывается различными видами грибков из рода трихофитинов. Необходимо подтверждение диагноза бактериоскопически — нахождением грибка в пораженном волосе или в чешуйках при соскобе с очагов на коже.

Симптомы и течение. Различают следующие формы:

а) Трихофития гладкой кожи. Клиническая картина характеризуется появлением красноватых пятен округлой, реже овальной формы с резко гиперемированным валиком по периферии, на котором часто можно отметить мелкие пузырьки или корочки и шелушение в центре. Субъективные ощущения чаще отсутствуют. Локализация разнообразная, преимущественно открытые участки кожи (лицо, шея, предплечье, тыл кистей рук).

б) Поверхностная трихофития волосистой части. Мелкие шелушащиеся очаги округлой формы, розоватого цвета, располагающиеся на волосистой части головы, бороды или усов. Пораженные волосы в очагах коротко обломаны на 1—3 мм над уровнем кожи, серого цвета; иногда волосы обламываются на уровне кожи и имеют вид «черных точек». Течение хроническое. Наблюдается преимущественно в детском возрасте и к периоду половой зрелости самопроизвольно исчезает.

в) Глубокая трихофития кожи. Большей частью крупные очаги, круглой или овальной формы, возвышающиеся над уровнем кожи, с резкими воспалительными явлениями и фолликулярными пустулами на поверхности. Иногда высыпания на коже состоят из пузырьков, и заболевание напоминает экзему.

г) Глубокая трихофития волосистой части. Протекает в виде опухолевидных образований, правильных округлых очертаний, с резкими воспалительными явлениями и резкими границами. Из отверстий фолликулов выделяется гной; очаг поражения бывает покрыт гнойными корками. Глубокой трихофитией чаще болеют дети до 10 лет. Если заболевание локализуется на волосистой части головы или в области усов и бороды, болезнь носит название паразитарного сикоза — sycosis parasitaria.

д) Хроническая трихофития гладкой кожи у взрослых. Красноватые пятна с синюшным оттенком, с шелушением по поверхности, без валика и без пузырьков по периферии. Локализация: кожа коленей, голени, ягодиц, предплечья и реже кожа лица. На ладонях и подошвах хроническая трихофития протекает в виде утолщения рогового слоя, кольцевидного и пластинчатого шелушения.

е) Хроническая трихофития волосистой части головы у взрослых протекает в виде следующих клинических форм: 1) мелкие очажки шелушения без видимых воспалительных явлений, волосы обломаны на 1—2 мм над уровнем кожи или имеют вид черных точек; одновременно можно наблюдать много мелких атрофических плешинок; 2) шелушение, напоминающее клиническую картину себореи и атрофические плешинки; 3) кожа волосистой части головы по виду не изменена, атрофические плешинки, волосы обломаны на уровне кожи, «черные точки».

ж) Трихофития ногтей. Ногтевые пластинки деформируются, становятся неровными, бугристыми, тусклыми, рыхлыми, ломкими, приобретают грязно-серую окраску. Процесс начинается со свободного края и может захватить всю ногтевую пластинку; ногтевые валики обычно не поражаются.

Лечение. При трихофитии гладкой кожи назначают смазывания 10% настойкой йода раз в день в течение 5—10 дней или чередуют их со смазываниями мазью Вилькинсона. Лечение при трихофитии волосистой части головы требует предварительного удаления волос. Для этой цели применяют облучение рентгеновыми лучами. Через 14—18 дней после об-

лучения наступает безболезненное выпадение волос. Однако для ускорения облысения волосы удаляют в течение 2—3 дней после облучения с помощью ресничного пинцета, т. е. прибегают к ручной эпиляции. Эта манипуляция производится в резиновых перчатках. Эпилятор тщательно выдергивает оставшиеся волосы. По окончании эпиляции на лишенную волос кожу накладывают антипаразитарные средства: 2% настойка йода, мазь Вилькинсона, 10% серно-дегтярная мазь, 1% тимоловая мазь. Такое лечение проводят в течение 6—8 недель. При невозможности применить рентгеновское облучение назначают таллиевый пластырь:

Rp. Empl. Thallii acetici 3—5% 30,0—50,0
DS. Наружное

При глубокой трихофитии волосистой части головы облучение рентгеновыми лучами не применяют. Проводят противовоспалительное лечение в виде примочек и эпиляцию ресничным пинцетом.

Для лечения взрослых, больных хронической трихофитией гладкой кожи, особенно трихофитии ладоней и подошв, показано лечение методом отслойки по Ариевичу. На пораженный участок кожи на 48 часов накладывают компрессную повязку с вощаной бумагой из мази следующего состава: Acidi salicylici 4,0 + Acidi lactici (s. Acidi benzoici) 2,0 + Vaselini 24,0. После двух таких повязок по 48 часов каждая с перерывом в одни сутки, когда на пораженный участок накладывают вазелиновую повязку, роговой слой легко отделяется пластами. Лечение ногтей (см. *Онихомикоз*).

Профилактика грибковых заболеваний. 1. Своевременное выявление и лечение. 2. Диспансерное обследование семьи, а если больной школьник, — обследование класса. 3. Больные и подозрительные на грибковое заболевание не должны посещать школы. 4. Больные должны носить на голове колпачок, который следует часто менять, а использованный сжигать. Удаленные волосы также сжигают. 5. Осмотр детей, поступающих в детские сады, ясли и др., а также персонала, поступающего на работу. 6. Надзор за парикмахерскими в отношении качества дезинфекции инструментов, надзор за банями и прачечными. 7. Ребенок считается здоровым после троекратного отрицательного результата микроскопического исследования соскоба на грибки.

ЛИШАЙ ЧЕШУЙЧАТЫЙ (PSORIASIS VULGARIS). Симптомы и течение. Пятна или папулы, покрытые мелкими легко соскабливаемыми серебристыми чешуйками. При энергичном поскабливании чешуек ногтем обнажается пленка с блестящей поверхностью. По удалении пленки появляется характерное точечное кровотечение вследствие повреждения капилляров сосочков кожи. Высыпания обладают наклонностью к периферическому росту и слиянию, образуя сплошные поражения кожи и кольцевидные фигуры разнообразной величины. В одних случаях наблюдается лишь несколько очагов, в других поражаются обширные участки кожного покрова. Излюбленные места высыпаний — разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, главным образом кожа локтей и коленных суставов. Нередко сыпь располагается на волосистой части головы, реже на лице, ушных раковинах, ладонях и подошвах. В случаях распространенного чешуйчатого лишая наблюдается поражение кожи в области поясницы, крестца, мошонки и головки полового члена; довольно часто поражаются ногти. Субъективные ощущения обычно незначительны.

Течение хроническое. В отдельных случаях промежутки без высыпаний могут быть весьма длительными (3—5 и даже 10 лет и более).

Лечение. При прогрессивной стадии — покой, молочно-растительная диета, теплые ванны. Витамины A, B_1, B_2, C, B_{12} в виде инъекций по 200—300 γ ежедневно или через день до 4000—5000 γ на курс. B_6 по 1 мл 5% раствора, всего 30—40 инъекций на курс.

Внутрь — бромистые препараты, хлористый кальций или микродозы брома 0,5—2% с кофеином (М. К. Петрова) по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Rp. Sol. Natrii bromati 4—5% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Местное лечение — индифферентные или слабо раздражающие мази: 2% салициловая мазь, 2—5% белая ртутная мазь и т. д. При стационарной и репрессивной стадии псориаза — мышьяк, вливание гипосульфита.

Rp. Sol. Arsenicalis Fowleri
Aq. Mentae piperitae āā 10,0
MDS. От 2 до 10 капель 3 раза в день после еды

Rp. Pil. asiaticae N. 100
S. От 1 до 3 пилюль 3 раза в день (общим числом до 200 штук)

Rp. Sol. Natrii arsenicici 1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
DS. Для подкожных инъекций, всего 30 инъекций, начиная с 0,1—0,2 мл, затем прибавляют ежедневно по 0,1 мл до 0,5—1 мл

Из физиотерапевтических методов — общее облучение кварцевой лампой, солнечные ванны, хорошие результаты дает лечение на курорте Сочи — Мацеста, Пятигорск и на других курортах такого же типа. Концентрацию при применении мазей следует постепенно увеличивать; при раздражении кожи временно назначают присыпки или цинковое масло (Zinci oxydati 15,0 + Ol. Helianthi 35,0).

Rp. Ung. Chrysarobini 2—10% 50,0
DS. Мазь

Rp. Ung. Ac. salicylici 2—10% 50,0
DS. Мазь

Rp. Ung. Hydrargyri praecipitati albi 2—10% 50,0
DS. Мазь

Rp. Psoriasini 100,0
DS. Мазь

Мазь Рыбакова антипсориатикум; после шестидневного применения (один раз в день) следует принять ванну. Курс лечения 3—6 недель.

МИКРОСПОРИЯ (MICROSPORIA). Вызывается грибком, переходящим от человека или животных.

Симптомы и течение. Появление на гладкой коже немногочисленных, круглых пятен розового цвета с явлениями обратного развития в центре. Пятна нередко сливаются, образуя различные фигуры в виде колец. На волосистой части головы заболевание протекает в виде значительных по размерам шелушащихся пятен. Волосы в этих очагах тусклые, сероватого цвета, хрупкие, обломанные у основания и окруженные спорами грибка в виде беловатого цвета муфты.

Лечение. Лечение такое же, как и при трихофитии (см. *Лишай стригущий. Лечение*).

МОЛЛЮСК ЗАРАЗИТЕЛЬНЫЙ (MOLLUSCUM CONTAGIOSUM). Симптомы и течение. Плотный полушаровидный узелок величиной от булавочной головки до чечевицы. По цвету почти не отличается от нормальной кожи — молочно-белый или серовато-беловатый, часто с перламутровым оттенком. В центре папулы пупкообразное вдавление с маленьким отверстием. При сдавливании из узелка выделяется белое кашицеобразное содержимое. Излюбленная локализация — лицо, половые органы.

Лечение. Выдавливание пинцетом и смазывание настойкой йода. При обильных высыпаниях выскабливание острой ложечкой.

ОЗНОБЛЕНИЕ (PERNIO). Обычно появляется в зимнее время у лиц с ослабленным организмом.

Симптомы и течение. Припухлость и синеватый оттенок кожи, обычно тыла кистей и пальцев рук.

Лечение. Общее укрепление организма; облучение кварцевой лампой; чередование горячих и холодных ванн; протирание камфарным спиртом. Диатермия.

ОНИХОМИКОЗ (ONYCHOMYCOSIS). Симптомы и течение. Ногтевые пластинки в одних случаях утолщаются, становятся неровными, тусклыми, приобретают грязно-серую и желтую окраску, в других становятся ломкими, хрупкими и крошатся. Заболевание чаще начинается со свободного края ногтевой пластинки. Край ногтя делается зазубренным и неровным. Течение длительное.

Лечение. Хирургическое — путем удаления ногтевой пластинки с последующим применением фунгицидных средств (салициловая и молочная кислота, 10—15% пирогаллоловая мазь, компрессы из люголевского раствора или сулемового спирта).

Удалить ногтевую пластинку можно также различными медикаментозными средствами.

Метод А. М. Ариевича. 1. Салицилово-молочную мазь, применяемую для отслойки кожи (см. *Стригущий лишай. Лечение*), накладывают на пораженный ноготь повторно 4—5 раз на 48 часов, защитив предварительно мягкие ткани полосками марли с коллодием. Размягченную ногтевую пластинку после мази отсепаровывают от ногтевого ложа скальпелем. 2. Пораженную ногтевую пластинку пропитывают 50% пирогаллоловой мазью (Acidi pyrogallici + Vaselini āā). После защиты мягких тканей на ногтевую пластинку наносят пирогаллоловую мазь на 48 часов, после 4—5 таких повязок с перерывом в один день, когда на всю ногтевую фалангу накладывают на сутки вазелиновую повязку, ногтевая пластинка становится черной, пружинит, а иногда начинает отделяться от ногтевого ложа. В дальнейшем пораженная ногтевая пластинка в процессе роста выдвигается вперед, заменяясь вновь растущим здоровым ногтем.

Метод Г. К. Андриасяна. Ногтевую пластинку удаляют с помощью онихолизина (15% сернистый барий на техническом тальке). На пораженный ноготь наносят онихолизин в виде кашицы, которую постоянно увлажняют холодной водой из пипетки. Через 30—40 минут кашицу смывают водой и размягченную часть ногтевой пластинки соскабливают скальпелем и снова наносят кашицу из онихолизина. Таким путем удается удалить ногтевую пластинку в течение 2—3 часов. После удаления пластинки на ногтевое ложе наносят мазь следующего состава: Acidi salicylici + Acidi lactici (s. benzoici) + Resorcini āā 15,0 + Vaselini 55,0; поверх накладывают 2—3 слоя марли, вощанку и вату. Такую компрессную повязку накладывают 3 раза каждый раз на 48 часов, после чего на 48 часов накладывают 5% салициловую мазь. По снятии повязки ногтевое ложе очищают от роговых пластинок и смазывают в течение 3 дней 5% настойкой йода. Затем проводят еще два таких же курса лечения.

Метод А. Н. Аравийского. Мазь, состоящую из равных частей ланолина и йодистого калия, накладывают на ногтевую пластинку ежедневно, в среднем до 10 дней, до размягчения ногтевой пластинки. После удаления ногтевой пластинки ногтевое ложе ежедневно в течение трех суток смазывают мазью следующего состава: Jodi puri metallici 0,2 + Kalii jodati + Lanolini āā 10,0. Изложенные процедуры повторяют несколько раз в течение 2—3 месяцев.

ОПРЕЛОСТЬ (INTERTRIGO). Воспаление кожи, развившееся на почве раздражения потом в местах соприкосновения кожных покровов и трения (паховая область мошонки, область под грудными железами и т. д.).

Симптомы и течение. Краснота, мацерация эпидермиса, ссадины; присоединение вторичной инфекции — пиодермия.

Лечение. Присыпки и болтушки (см. *Дерматит*).

Rp. Zinci oxydati 15,0
Ac. borici 1,5
Ol. Helianthi 35,0
M. f. ung.
DS. Наружное

Rp. Zinci oxydati
Talci veneti āā 15,0
Glycerini
Aq. Plumbi āā 35,0
MDS. Наружное

ПАПУЛО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛИД (см. *Туберкулез кожи*).

ПАРША (FAVUS). За последние 10—15 лет в СССР встречается редко.

Симптомы и течение. Преимущественно поражается волосистая часть головы, реже встречается заболевание гладкой кожи и ногтей. При поражении волосистой части головы отмечаются сухие корки желто-канареечного цвета с блюдцеобразным углублением, пронизанные в центре волосом, так называемые скутулы. Волосы в очагах поражения сухие, безжизненные, утрачивают блеск, легко выдергиваются. Парша заканчивается рубцовой атрофией кожи, т. е. кожа истончается, становится блестящей, гладкой, по виду напоминает папиросную бумагу, и волосы на этих местах не отрастают. При поражении ногтей последние утолщаются и крошатся. Подтвердить диагноз необходимо бактериоскопически — нахождением грибка в пораженном волосе или соскобе кожи. Для исследования берут пораженный волос, чешуйки или соскоб ногтей, обрабатывают 30% раствором едкой щелочи и исследуют под микроскопом.

Лечение (см. *Лишай стригущий*). Предварительно удаляют наслоение корок с помощью 2—3% салицилового вазелина, который применяют на ночь в виде компресса.

ПЕСЬ (VITILIGO). Симптомы. Белые пятна различных размеров (лишенные пигмента). При локализации на коже волосистой части головы волосы также становятся белыми.

Лечение. Если нет указаний на сифилис и если лечение эндокринными препаратами не оказывает эффекта, можно применить лучи Букки. Применяют облучение пятен субэритемными дозами ультрафиолетовых лучей (кварц) с последующим смазыванием 5% настойкой йода. Внутрь поливитамины в течение 2—3 месяцев. В большинстве случаев лечение безрезультатно.

ПИОДЕРМИЯ (PYODERMIA). Заболевание кожи, возбудителем которого являются кокки, чаще стафилококки и стрептококки. На коже человека постоянно содержатся стрептококки, особенно стафилококки, но не каждый человек болеет пиодермитом. Это зависит от внешних и внутренних факторов, способствующих возникновению этого заболевания. К внешним факторам относятся различные нарушения целости рогового слоя кожи, способствующие внедрению инфекции (царапина, ссадина, расчесы и др.). К внутренним факторам относятся: истощение организма, нарушение обмена, особенно углеводного; диабет, подагра; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта; эндокринные нарушения и пр.

Симптомы и течение. Клиническая картина пиодермитов весьма разнообразна и зависит от возбудителя, его вирулентности, локализации процесса, реактивности организма больного, состояния нервной системы, а также от воздействия различных факторов внешней среды.

К пиодермии относятся следующие заболевания кожи: фолликулит, сикоз, импетиго, эктима, заеда, псевдофурункулез, пузырчатка новорожденных (см. *соответствующие заболевания*), а также фурункул, карбункул, гидраденит (см. гл. *Хирургические болезни*).

Лечение. Местным лечением удается ограничиться лишь в острых случаях (см. *соответствующие заболевания*). Общее лечение заключается в применении внутрь сульфаниламидных препаратов (стрептоцид, суль-

фоднмезин, норсульфазол, этазол) или антибиотиков (пенициллин, биомицин, синтомицин, террамицин). Пенициллин применяется внутримышечно по 50 000 ЕД каждые 3 часа. На курс лечения назначают от 1 500 000 до 3 000 000 ЕД. Применяется также аутогемотерапия, протеинотерапия, стафилококковый антифагин и анатоксин, бактериофаг. Стафилококковый антифагин применяют подкожно ежедневно или через день: 1-й день — 0,2 мл, на следующий день дозу увеличивают на 0,1 мл. Делая инъекции ежедневно, дозу доводят до 1 мл; делая инъекции через день, разовую дозу увеличивают на 0,2 мл. Противопоказанием для антифагина являются следующие заболевания: нефриты и нефрозы, расстройства сердечной деятельности с явлениями декомпенсации, тяжелые заболевания печени, язвенная болезнь, активный туберкулез легких, острые инфекционные болезни. Стафилококковый анатоксин применяют в виде инъекций в дозах 0,2—0,5—1—1,5 мл и последующие инъекции делают по 2 мл с промежутками между ними 2—4 дня; всего 8—10 инъекций. Бактериофаг применяют внутрикожно, начиная с 0,1 мл, прибавляя на последующие инъекции по 0,1—0,2 мл; всего 6—10 раз с интервалами между инъекциями 3—5 дней.

Профилактика. 1. Гигиена тела, стрижка ногтей. Устранение причин возникновения гнойничковых заболеваний кожи (воздействие масел и жидкостей или других веществ, обусловливающих сухость кожи и трещины, раздражающие кожу химические продукты). 2. Своевременная и тщательная уборка рабочего помещения. 3. Выдача рабочим определенных профессий спецодежды и спецобуви (подбор наиболее подходящей ткани для спецодежды). 4. Надзор за санитарным состоянием гардеробных. 5. Обеспечение умывальниками, душевыми установками, снабжение мылом. 6. Немедленная обработка мелких травм (смазывание 2% настойкой йода или 1% спиртовым — 70° — раствором бриллиантовой зелени).

Применение защитных паст и мазей: паста ХИОТ-6 — средство, защищающее кожу от раздражающего действия каменноугольных и нефтяных продуктов, растительных и минеральных масел. Состав пасты: желатина белая — 2,4 г, дистиллированная вода — 15 мл, пшеничный крахмал — 5,6 г, глицерин — 12 мл и буровская жидкость — 20 мл. Перед началом работы наносят тонким слоем на кожу кистей и растирают досуха. Смывают пасту холодной водой. Мазь А. Б. Селисского защищает кожу от раздражающего действия керосина, бензина, скипидара, бензола, толуола, спирта и пр., а также масел и лаков. Состав мази: тальк — 225 г, крахмал — 150 г, глицерин — 150 мл, растительное или минеральное масло — 100 мл, желатина — 20 г и борная кислота — 20 г. До начала работы моют руки, после чего мазь досуха втирают в кожу рук. Смывают мазь после работы, лучше теплой водой.

Большое значение в борьбе с пиодермией имеет пропаганда знаний санитарии и ранней обращаемости больных в лечебное учреждение, а также санитарное состояние рабочего места. Детей, больных пиодермией, не следует допускать в детский коллектив до полного выздоровления. В детских учреждениях (детские дома и т. д.) больные дети подлежат изоляции.

ПЛЕШИВОСТЬ (ALOPECIA). Причины весьма разнообразны. Большую роль играют нервные потрясения, функциональное нарушение эндокринного аппарата, себорея и пр.

Симптомы и течение. Вначале отмечается поредение волос (при себорее). При нервных потрясениях внезапно начинается частичное или полное выпадение всех волос (головы, бороды, усов) при отсутствии изменений со стороны кожного покрова. После инфекционных заболеваний выпадение волос наступает спустя 2—4 недели.

Лечение. Установив основную причину, начать соответствующее лечение. Общеукрепляющее лечение проводится независимо от причины плешивости (препараты мышьяка, железа, фосфора, поливитамины). Местно — мазевая терапия, облучения ультрафиолетовыми лучами (кварц). При себорее — мытье головы раз в 6—7 дней с последующей мазевой терапией.

Rp. Resorcini
Acidi salicylici āā 1,0—1,5
T-rae Capsici
T-rae Cantharidum āā 5,0
Spiritus vini 90° 50,0
DS. Наружное

Rp. Hydrargyri praecipitati albi 0,3
Sulfuris praecipitati
Ol. Ricini āā 3,0
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Sulfurisi praecipitati 1,5
Resorcini 0,5
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Sulfuris praecipitati 3,0
Picis liquidae 1,5
But. Cacao (или Ol. Ricini) 20,0
Vaselini 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь. Втирать в кожу головы за 1½—2 часа до мытья

Rp. Resorcini 3,0
Glycerini 5,0
Spiritus vini 70° 100,0
M. f. ung.
DS. Мазь. Втирать в кожу головы

Rp. Resorcini 2,0
Ol. Ricini 4,0
Spiritus vini 70° 100,0
MDS. Втирать в кожу головы

ПОТЛИВОСТЬ (HYPERHYDROSIS). Усиленная потливость может быть местной (ладони, подошвы, подмышечные впадины) или общей (при туберкулезе, неврастении и пр.).

Лечение. При общей потливости надо лечить основное заболевание, при местной — применять ваночки из раствора квасцов, обтирания и присыпки.

Rp. Sol. Formalini 5—10% 150,0
DS. Для смазывания один раз в сутки

Rp. Acidi salicylici 1,0
Acidi borici 4,0
Talci 30,0
MDS. Присыпка

Rp. Acidi salicylici 1,0
Spiritus vini 70° 50,0
MDS. Для обтирания

ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ (PSEUDOFURUNCULOSIS). Вызывается стафилококками. Заболевание встречается у детей.

Симптомы и течение. Заболевание протекает в виде большого количества поверхностных гнойничков. Чаще на покрасневшей коже наблюдаются узлы величиной с фасоль, которые нагнаиваются, вскрываются с выделением густого зелено-желтого гноя. Отличается от фурункула тем, что отсутствует некротический стержень. Высыпания протекают периодами (толчками).

Лечение. Пенициллин, сульфаниламидные препараты. Вскрытие абсцессов с наложением чистого ихтиола. Обтирание кожи камфарным и салициловым спиртом. Урегулирование питания ребенка. Можно применить гамма-глобулин, витамин B_{12} и рутин.

ПОЧЕСУХА (PRURIGO). Почесуха встречается обычно в детском возрасте и иногда длится до 7—8-летнего возраста. Характеризуется высыпанием обильного количества мелких красноватых зудящих волдырей, располагающихся преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, в центре которых наблюдается кровянистая корочка. Исключить из пищевого рациона мясо, пряности и яйца. Ванны из слабых растворов марганцовокислого калия или пшеничных и миндальных отрубей. Освещение ультрафиолетовыми лучами (кварц). Зудоутоляющие средства в виде обтираний, мазей, присыпок (см. *Зуд кожи. Лечение*).

ПРОКАЗА (LEPRA). Вызывается палочкой Ганзена.

Симптомы и течение. Инкубация может продолжаться долгие годы. Различают три формы.

Бугорковая форма. Характеризуется высыпанием бугорков и узлов различной величины, которые могут сливаться и образовывать участки инфильтрации кожи. Располагаясь на лице, эти крупные бугристые инфильтраты придают больному сходство с львиной мордой. Иногда до развития бугорков появляются красноватые пятна. Наиболее частая локализация бугорков: лицо, ушные мочки, кисти, стопы.

Нервная форма. При нервной форме иногда наблюдаются пятна ярко-красного цвета, которые в дальнейшем становятся бурыми или желтоватыми. Форма пятен круглая или неправильная. Болевая, тактильная и температурная чувствительность в области пятен понижена или отсутствует. При этой форме проказы отмечаются полиневриты, поражения периферических нервных стволов. Возникает атрофия мышц, расстройства чувствительности, контрактуры, трофические язвы и даже отторжение пальцев. Болезнь длится многие годы.

Смешанная форма. Такое течение заболевания, когда наблюдается сочетание проявлений описанных двух форм болезни.

Лечение. Общеукрепляющее лечение, соответствующий трудовой режим. Специальное лечение — чаульмугровое масло, чаще всего внутримышечно или подкожно, а также солюсульфон.

Профилактика. Выявленные больные подлежат немедленной госпитализации в лепрозории, где им создаются условия, приближающиеся к домашним, и где они получают специальную медицинскую помощь.

ПУЗЫРЧАТКА (PEMPHIGUS). Симптомы и течение. Высыпание напряженных пузырей величиной от горошины до крупного яйца и больше при отсутствии или незначительных воспалительных явлениях на коже. Во многих случаях высыпания начинаются на слизистой полости рта (щеки, десны, язык, реже гортань и глотка). Оболочка пузырей в начальной стадии бывает напряженной, позднее становится вялой, подсыхает и превращается в корку. Болезнь может длиться месяцы, годы и в редких случаях заканчивается выздоровлением. Наблюдаются рецидивы. Общее состояние больного зависит от характера заболевания, степени и интенсивности высыпания.

Лечение. Общеукрепляющее (препараты мышьяка, большие дозы витамина A, C и D, рибофлавин по 0,005—0,01 г 3 раза в день, никотиновая кислота) и длительное применение сульфаниламидных препаратов (по 0,5 г 3 раза в день). Переливание крови, взятой от больных, находящихся в латентном состоянии, и др. В последнее время с успехом применяется кортизон — 100—150 мг в сутки.

Местное лечение состоит в соблюдении гигиенических правил, в назначении ксероформной, дерматоловой 10% мази или Ol. Lini + Aq. calcis $\overline{aa}$ 15,0 и др.

ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (PEMPHIGUS NEONATORUM). Вызывается стрептококками и стафилококками. Наблюдается у детей в первые дни жизни.

Симптомы и течение. На неизмененной или слабо покрасневшей коже туловища и конечностей появляются пузыри с гнойным содержимым величиной от горошины до крупной сливы. Гнойнички быстро вскрываются, образуя эрозированные поверхности, покрывающиеся корочками. Кожа ладоней и подошв не поражается.

Заболевание заразительно.

Лечение. Тщательный уход за ребенком. Пенициллин, сульфаниламидные препараты, гемотерапия. Вскрытие пузырей и удаление их покрышек. Смазывание 1—2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или другими анилиновыми красками. Стрептоцидовая или сульфидиновая эмульсия. При подсыхании 1% желтая ртутная мазь. Обтирание здоровой кожи камфарным или 1—2% салициловым спиртом. Купать можно после пре-

кращения и подсыхания сыпи, ванна с марганцовокислым калием (на одну ванну 25 мл 5% раствора).

ПЯТНА ВРОЖДЕННЫЕ, РОДИНКИ (NAEVI). Сосудистые родинки имеют красный или красновато-синеватый цвет, достигают больших размеров, иногда занимая значительную часть лица или другие участки кожи. Пигментные врожденные пятна бурой или буровато-черной окраски; размеры от небольших, единичных, до значительной, иногда чрезвычайно обильной сыпи; располагаются они или над уровнем кожи или имеют вид бородавчатых разрастаний, иногда покрытых волосами.

Л е ч е н и е. Вымораживание снегом угольной кислоты, пограничные лучи Букки, электрокоагуляция, удаление хирургическим путем с последующей пересадкой кожи в условиях стационара.

РАК КОЖНЫЙ (EPITHELIOMA). Поверхностный, или плоский (базоцеллюлярный) рак. Плотные, изолированные или сгруппированные узелки беловатого цвета с перламутровым блеском. Узелки располагаются на здоровой коже или слизистых оболочках. Субъективные ощущения отсутствуют. Наиболее частое расположение — нос, область висков и скул, окружность глазной щели. С течением времени, обычно после травмы, образуется кровоточащая язвочка, покрывающаяся коркой, по периферии которой имеется плотный ободок белесоватого цвета.

Глубокий (спиноцеллюлярный) рак. Отличается от базоцеллюлярного более быстрым и злокачественным течением. Встречается чаще у пожилых людей. Локализация — на слизистой оболочке языка, на дне полости рта, весьма часто на губах, у заднего прохода и на половых органах. Края язвы бывают плотные, мозолистые, дно покрыто кровянистой коркой. Сравнительно быстрое развитие метастазов в лимфатические железы и кахексия приводят больного к смерти.

Л е ч е н и е в основном хирургическое. При плоском раке применяют вымораживание снегом угольной кислоты, электрокоагуляцию, рентгенотерапию. В дальнейшем больной должен находиться под наблюдением врача. При глубокой форме рака требуется хирургическое вмешательство с удалением близлежащих лимфатических узлов. Хороший эффект наблюдается при применении жидкости Гордеева.

РЫБЬЯ ЧЕШУЯ см. *Ихтиоз.*

СЕБОРЕЯ (SEBORRHOEA). Усиленное выделение жира костей. Различают жирную и сухую себорею.

С и м п т о м ы и т е ч е н и е. Ж и р н а я с е б о р е я (s e b o r r h o e a o l e o s a) чаще всего локализуется на лбу, крыльях носа, подбородке, волосистой части головы. Пораженные участки как бы смазаны жидким маслом, волосы жирны и блестящи. Появляется зуд кожи волосистой части головы, затем начинается выпадение волос.

С у х а я с е б о р е я (s e b o r r h o e a s i c c a) поражает преимущественно волосистый покров головы, бороду, усы, брови, ресницы. На коже, покрытой волосами, наблюдается наложение сухих чешуек, вследствие чего волосы приобретают вид как бы напудренных. Зуд, выпадение волос.

Л е ч е н и е. Внутрь — препараты мышьяка, железа, витамин А, никотиновая кислота (по 0,1 г 3 раза в день), сера (0,5—1 г 3 раза в день). Диета, обратить внимание на функцию желудочно-кишечного тракта. Местное лечение (см. *Плешивость*).

Rp. Sulfuris praecipitati 5,0—10,0
Spiritus camphorati 10,0—25,0
Glycerini 15,0
Acidi lactici 1,0
Aq. destill. 120,0
MDS. Наружное. При жирной себорее

Rp. Sulfuris praecipitati 1,5—3,0
Ol. Rusci 1,5
Ol. Ricini 5,0—10,0
Vaselini ad 30,0
MDS. Наружное. При сухой себорее волосистой части головы

СИКОЗ (SYCOSIS SIMPLEX). Вызывается стафилококком.

Симптомы и течение. Локализуется чаще всего в области бороды и усов, реже в подмышечных впадинах, в области лобка и ресничного края век. Появляется плотноватый воспаленный красный узелок величиной с булавочную головку, в центре которого имеется волос. Узелки располагаются изолированно или группами. На верхушке узелка находится гнойничок, который вскоре вскрывается; содержимое подсыхает, образуя желтовато-бурую корочку.

Лечение. В острой стадии делают примочки из разведенной буровской жидкости или Sol. Argenti nitrici (0,25%), или Sol. Rivanoli (1 : 1000). Иногда наряду с местной терапией приходится проводить эпиляцию (вырывание) волос пинцетом. Окружающую кожу протирают 70° этиловым или 2% салициловым спиртом. Смазывание 2% раствором бриллиантовой зелени на 70° спирту. При небольших воспалительных явлениях применяют 2% дерматоловую мазь. В некоторых случаях хороший эффект наблюдается в результате применения аутогемотерапии (по 5 мл через день), поливалентной или стафилококковой вакцины (по 1 мл), пенициллина 4 раза в день через 4 часа по 50 000—100 000 ЕД (только в течение дня, ночью назначают перерыв) в продолжение 5—6 дней. Всего 2 000 000—3 000 000 ЕД. Внутрь назначают синтомицин по 0,5 г 4 раза в день в течение 7—10 дней, местно — 10% синтомициновую эмульсию.

СКЛЕРОДЕРМИЯ (SCLERODERMIA). Имеется несколько форм: 1) ограниченная склеродермия, которая проявляется в виде округлых бляшек разной величины или в форме полос желтоватого или сероватого цвета; 2) диффузная, которая захватывает иногда обширные участки кожного покрова. При поражении кожи лица последнее приобретает маскообразный, окаменевший вид. Кожа становится неподвижной, форма носа клювовидная. Больному трудно говорить, жевать и даже дышать.

В развитии болезни отмечают три стадии. 1. Отек. В этой стадии кожа тестоватой консистенции ярко-красного цвета с синюшным оттенком или имеет нормальный вид, гладкая и блестящая. Эта стадия встречается редко. 2. Уплотнение. Кожа твердая, как доска или хрящ, не захватывается в складку и на ощупь холодная. Цвет восковидный или грязно-серый. Очаг поражения окружен голубоватым венчиком. 3. Атрофия. Истонченная кожа по виду напоминает пергамент, цвет белый, блестящий. В результате атрофии жировой клетчатки и мышц кожный покров прилегает непосредственно к костям.

Лечение. Общеукрепляющие средства (препараты мышьяка, рыбий жир, витамины), препараты щитовидной железы в сочетании с препаратами гипофиза и яичников, препараты салициловой кислоты, ванны, физиотерапия (диатермия, дарсонвализация, ионизация с йодистым калием). Мягчительные мази (Ung. molle). Массаж, пассивная гимнастика. Курортное лечение — Мацеста, Пятигорск. Пенициллин внутримышечно до 10 000 000—20 000 000 ЕД на курс. Тканевая терапия по Филатову.

При лечении распространенных форм склеродермии в последнее время отмечен хороший эффект при применении подкожно лидазы в дозе 0,1 г, разведенного в 1 мл 0,5% раствора новокаина; 12—14 инъекций на курс.

СКРОФУЛОДЕРМА (см. *Туберкулез кожи*).

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ (TUBERCULOSIS CUTIS). Заболевание вызывается туберкулезной палочкой. По клиническим формам заболевания различают: волчанку, скрофулодерму, папуло-некротический туберкулез, бородавчатый и язвенный туберкулез кожи.

Волчанка (lupus vulgaris). Обычно волчанка развивается в детском или юношеском возрасте, реже после 30 лет.

Симптомы и течение. Вначале появляются мелкие бугорки красного цвета величиной с булавочную головку, мягкой консистенции. Чаще бугорки располагаются группами, по периферии образуются новые бугорки. Бугорки нередко изъязвляются, при заживлении оставляют

нежный рубчик, на котором можно заметить появление новых бугорков. При надавливании стеклом волчаночный узелок (люпома) принимает буровато-желтый оттенок, бугорки становятся полупрозрачными (симптом яблочного желе). При надавливании обнаруживается феномен проваливания зонда: пуговчатый зонд легко проваливается в бугорок, вызывая небольшую болезненность и кровотечение. С помощью этих двух методов можно отличить волчаночные элементы от бугорковых сифилидов. Местное разрушение ткани при волчанке в отличие от сифилиса происходит медленно. Волчанка локализуется на любом участке кожного покрова или на слизистой полости рта, чаще на лице в области носа. При расположении на кончике и крыльях носа волчанка может деформировать последний («птичий» нос), а при расположении на губах вызвать сужение ротового отверстия или образовать дефекты с обнажением части десен и зубов. Волчанка протекает хронически. Больного волчанкой следует рассматривать и лечить как больного с общим туберкулезом.

Скрофулодерма (scrophuloderma). Симптомы и течение. При скрофулодерме в глубоких слоях кожи образуются плотные узлы величиной с лесной орех и более. В дальнейшем кожа на поверхности узлов принимает цианотичный оттенок, спаивается с узлами и образуется массивный инфильтрат; центр узлов размягчается и вскрывается наружу обычно множественными отверстиями, из которых выделяется жидкое серозно-гнойное отделяемое. В дальнейшем отверстия увеличиваются, сливаются с соседними и образуют глубокие язвы, которые медленно заживают рубцами, образуя мостовидные остатки здоровой кожи. Наиболее частая локализация на щеках около уха, на боковой поверхности шеи, в подключичной области и реже на конечностях.

Папуло-некротический туберкулез. Симптомы и течение. Заболевание характеризуется высыпанием мелких плотных папулезных образований бледно-розового цвета. В дальнейшем в центральной части высыпаний появляется очажок некроза, засыхающий в корочку буроватого цвета, по отпадании которой остается обрывистый, резко очерченный рубчик. Располагается чаще на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области локтевых и коленных суставов.

Бородавчатый туберкулез кожи. Симптомы и течение. Места поражения — обычно конечности (пальцы рук, ног). Имеет вид массивного инфильтрата с бородавчатыми разрастаниями, между которыми отмечаются трещины и изъязвления.

Язвенный туберкулез кожи. Симптомы и течение. Возникает у больных тяжелым общим туберкулезом. Начинается с плотного бугорка, который быстро распадается и превращается в язвочку. Дно язвенного поражения неровное, зернистое, бледно-красного цвета, покрыто скудным серозно-гнойным отделяемым. Края язвы изъедены, воспалительные явления в окружности отсутствуют. Располагается на коже и слизистых полости рта (язык, губы, десны, щеки). На слизистых оболочках можно иногда заметить возвышающиеся желтые точки (зерна Треля).

Лечение. Общее лечение больного туберкулезом. При язвенных и вегетирующих формах выскабливание острой ложечкой с последующим применением компрессов из раствора марганцовокислого калия и т. д. Для разрушения туберкулезного поражения применяют мазь с пирогаллоловой кислотой:

Rp. Acidi pyrogallici 5,0
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Мазь применяют ежедневно в течение 5—8 дней до образования некроза, после чего переходят на индифферентные мази. Применяют также

выжигание снегом угольной кислоты. При бородавчатом туберкулезе показана рентгенотерапия. Лечение на курортах Южного берега Крыма в теплое время года.

В настоящее время значительные успехи достигнуты при лечении больных волчанкой витамином D_2, который применяют внутрь в виде спиртового раствора, содержащего 200 000 единиц витамина D_2 в 1 мл. Суточная доза 100 000—150 000 единиц для взрослого больного. Лечение продолжается 4—5 месяцев. При заболевании почек применение витамина противопоказано. При лечении кожного туберкулеза применяется и ПАСК. Дети получают в сутки 2—6 г, подростки 6—8 г, а взрослые 10—12 г. Курсовая доза соответственно: 600—700—1000 г. Стрептомицин.

В последнее время применяют высокоэффективное противотуберкулезное средство — фтивазид внутрь по 0,25—0,5 г 2—4 раза в сутки. Для достижения клинического излечения требуется 116—200 г препарата. Стрептомицин применяют в виде инъекций.

ТРИХОФИТИЯ см. *Лишай стригущий.*

УГРИ ПРОСТЫЕ (ACNE VULGARIS). Симптомы и течение. Располагаются на лице (лоб, нос, щеки, подбородок), груди, спине. Часто появляются в период полового созревания и к зрелому возрасту проходят даже без лечения. В начальной стадии образуется закупорка сальной железы, появляется припухлость и воспалительная краснота в окружности. В дальнейшем на верхушке появляется гнойничок.

Лечение. Общеукрепляющее. Аутогемотерапия (по 5 мл через день) — 10—15 инъекций. Освещение ультрафиолетовыми лучами (кварц). Местные паровые ванны с последующим прокалыванием пустул и выдавливанием черных угрей или (при жирной себорее) умывание горячей водой с последующим втиранием мазей. Внутрь поливитамины, сера по 1 г 3 раза в день во время еды.

Rp. Sulfuris praecipitati 3,0—5,0
Acidi salicylici 2,0—5,0
Ol. Ricini 3,0
Spiritus vini 70° 100,0
MDS. Наружное

Rp. Sulfuris praecipitati 10,0
Camphorae tritae 1,0
Mucilaginis Gummi arabici 6,0
Aq. calcis
Aq. destill. āā 100,0
MDS. Наружное

Rp. Sulfuris praecipitati
Glycerini
Spiritus camphorati āā 4,0
Acidi salicylici 1,0
Sol. Acidi borici 2%
Spiritus vini rectificati
āā 50,0
MDS. Наружное

УГРИ БЕЛЫЕ (MILIUM). Симптомы и течение. Внутрикожные кисты величиной с булавочную головку. Располагаются чаще на лице, спине и груди.

Лечение. Хирургическое удаление, электрокоагуляция.

УГРИ ЧЕРНЫЕ (COMEDO). Симптомы и течение. Вначале образуются роговые пробки, в дальнейшем невоспалительные беловатые узелки с черной точкой в центре.

Лечение см. *Угри простые.*

УГРИ КРАСНЫЕ (ACNE ROSACEA). Симптомы и течение. Нерезко контурированные узелки ярко-красного цвета величиной с булавочную головку и несколько крупнее. Располагаются на лице (нос, щеки).

Лечение. Внутрь сера, ихтиол. Местно болтушки с серой. В большинстве случаев ведущее значение имеет общее лечение, так как у больных красными угрями нередко обнаруживаются расстройства со стороны желудочной секреции. Следует обратить внимание на работу кишечника (исследовать желудочный сок).

Rp. Ichthyoli
Aq. Destillatae āā 10,0
MDS. По 10 капель 3 раза в день

Rp. Sulfuris praecipitati 5,0
Zinci oxydati
Ichthyoli āā 10,0
Glycerini 15,0
Aq. destillatae ad 100,0
MDS. Наружное

ФОЛЛИКУЛИТ (FOLLICULITIS). Симптомы и течение. Фолликулиты — гнойнички, располагающиеся в устье сально-волосяных фолликулов. В центре фолликула отмечается волос, а в окружности — красный воспалительный ободок.

Фолликулиты вызываются стафилококками.

Лечение. Смазывание 1—2 раза в день 1% раствором бриллиантовой зелени в 70° спирту или 2% настойкой йода, или болтушкой с резорцином, или синтомициновой мазью. Облучение ультрафиолетовыми лучами.

Профилактика. Борьба с повышенной потливостью, протирание кожи 1—2% салициловым или резорциновым спиртом.

Rp. Acidi salicylici 1,0
Spiritus vini 70° 100,0
MDS. Наружное. Для протирания кожи

Rp. Ung. Synthomicini 5—10%
DS. Мазь

Rp. Resorcini 0,5
Zinci oxydati
Talci veneti
Glycerini āā 20,0
Aq. destill. 60,0
MDS. Наружное. Взбалтывать

ЧЕСОТКА (SCABIES). Заболевание вызывается чесоточными клещами.

Симптомы и течение. Зуд, усиливающийся по ночам; высыпания мелких пузырьков с прозрачным содержимым; чесоточные ходы в виде изогнутых линий длиной до 1 см сероватого цвета. Излюбленные места расположения чесотки — межпальцевые промежутки кистей рук, сгибательная поверхность лучезапястных суставов, локтевые сгибы (реже разгибательная поверхность верхних конечностей в области локтей), область грудных желез, нижняя половина живота, внутренняя поверхность бедер, ягодицы, боковые поверхности туловища и кожа полового члена. У детей нередко высыпание располагается на ладонях и подошвах, а у грудных детей — на лице.

Чесотка запущенная нередко осложняется пиодермией. Чесотка передается при соприкосновении с больным или его вещами (постельное, носильное белье и т. д.).

Лечение. Мазь Вилькинсона (Ung. Wilkinsoni), серная мазь (Ung. sulfurati 20—30%).

Концентрацию мази назначают в зависимости от интенсивности поражения, а также от возраста больных (детям 10—15%).

Мази интенсивно втирают ежедневно один раз в течение 5—6 дней. Белье не меняется. Затем следует баня (ванна) со сменой белья. Иногда в результате мазевой терапии появляется дерматит, который при применении цинковой пасты, цинкового масла или присыпок вскоре проходит.

Rp. Pastae Zinci 30,0
DS. Паста

Rp. Zinci oxydati 15,0
Acidi borici pulverati 3,0
Ol. Helianthi 35,0
MDS. Наружное

Rp. Zinci oxydati
Talci āā 15,0
DS. Присыпка

Лечение чесотки по методу Демьяновича. Приготовляют 60% раствор гипосульфита (Natrii hyposulfurosi 60,0 + Aq. destill. 40,0) и отдельно 60% раствор соляной кислоты (Acidi hydrochlorici puri 6,0, Aq. destill. 94,0). Раствор гипосульфита наливают в тарелку; больной раздевается и, смачивая кисти рук первым раствором, энергично натирает каждую область тела по 2 минуты в следующем порядке: 1) левая верхняя конечность, 2) правая верхняя конечность, 3) туловище, 4) левая нижняя конечность, 5) правая нижняя конечность. Процедура продолжается всего 10 минут. После этого втирание тем же раствором повторяют в той же последовательности, не оставляя свободных мест. Образовавшиеся на теле после первого втирания кристаллы не удаляют. После высыхания тело натирают раствором соляной кислоты (не наливать в тарелку!) в той же последовательности. В каждую область раствор втирают в течение одной минуты; эту процедуру повторяют 3—4 раза. Лечение обоими растворами продолжается 30—40 минут, после чего больной надевает чистое белье; мытье в бане или в ванне разрешается только через 3 дня. В некоторых, особенно запущенных, случаях цикл лечения чесотки через 4—5 дней повторяют.

Профилактика. Белье больного постельное и нательное подлежит дезинсекции или кипячению. Члены семьи, а также лица, находившиеся в контакте с больным, подлежат обследованию. Верхнюю одежду проглаживают горячим утюгом или длительно проветривают. Детям, больным чесоткой, до выздоровления не разрешается посещать детские учреждения. В детских домах больных чесоткой до излечения помещают в изолятор.

ЭКЗЕМА (ECZEMA). Возникает под влиянием различных раздражений, но лишь у лиц, кожа которых отличается особой чувствительностью.

Роль нервной системы в возникновении и течении ряда заболеваний кожи, особенно экзем, изучалась М. К. Петровой (ученица и ближайший сотрудник великого русского физиолога И. П. Павлова) в эксперименте.

М. К. Петрова показала, что у собак, которые многократно перенесли так называемые сшибки, нервные срывы и экспериментальные неврозы, обычно развивались резко выраженные хронические кожнодистрофические процессы в виде экзем, облысения и язв, причем эти болезненные процессы обычно исчезали после восстановления функции высшей нервной деятельности и вновь развивались при каждом нервном срыве.

Встречаются люди с повышенной чувствительностью и особой реакцией на различные раздражители, которые действуют на организм извне или изнутри. Эта повышенная чувствительность называется аллергией. Например, есть люди, у которых после приема одного порошка стрептоцида появляется краснота и отек кожи, зуд и высыпание пузырей, у некоторых присутствие в комнате цветка примулы вызывает зуд кожи, в то время как у большинства людей такой реакции не отмечается.

Симптомы и течение. Первый ранний признак экземы — краснота и отек кожи (эритематозная стадия). Затем появляются мелкие пузырьки, которые вскоре вскрываются и сливаются между собой. Вскрываясь, пузырьки образуют мокнущие поверхности, причем обнажается мальпигиев слой (мокнущая экзема). При поражениях волосистой части лица, особенно области бороды, усов, на воспаленной коже появляются гнойнички, расположенные вокруг волосяных фолликулов (сикозиформная экзема). При слиянии экзематозных пузырьков в более крупные пузырьки, подсыхающие при вскрытии, особенно при присоединении вторичной (кокковой) инфекции, образуются гнойные корки (импетигинозная экзема).

Различают острую и хроническую экзему. Острая экзема характеризуется наличием на отечной и покрасневшей коже мелких узелков-пузырьков, пузырей, которые быстро вскрываются, образуют эрозивные участки и которые, сливаясь, могут захватывать обширные участки кожи. Просачивающийся эксудат засыхает, образуя корки.

Иногда течение экземы затягивается, и она переходит в хроническую форму. В этих случаях образуется уплотнение кожи, нежность рисунка кожи исчезает; краснота, мокнутие и отечность становятся маловыраженными. Нередко под влиянием лечения экзематозный процесс ликвидируется, а через некоторое время снова возникает. Это так называемая рецидивирующая экзема. Постоянным спутником экземы является зуд. Течение экземы может быть острым, когда через несколько дней или недель процесс подвергается обратному развитию, или хроническим. В последнем случае заболевание может существовать длительное время (годы), временами угасая и вновь обостряясь или же стойко оставаясь без изменений.

Лечение. Приступая к лечению больного экземой, нужно прежде всего выяснить причину заболевания и устранить ее. Учитывая, что у многих больных экземой имеются те или иные нарушения со стороны внутренних органов, нервной и эндокринной системы и пр., следует широко пользоваться методами общей терапии и профилактики (специфические и неспецифические методы лечения). Если экзема связана с нарушением общего состояния здоровья (диабет, заболевание желудочно-кишечного тракта), надо бороться с основным заболеванием. Общее лечение при экземах: мышьяк, витамины, микстура Бехтерева, новокаин 0,25% раствор по 20—30 мл 2—3 раза в день за час до еды в течение 3—4 недель, 10% хлористый кальций внутрь или внутривенно, бромистые препараты, аутогемотерапия (по 10 мл через 1—2 дня), 10—15-кратное впрыскивание молока (от 2 до 10 мл через день — дозу повышают в зависимости от реакции организма). Диета — бессолевая пища, ограничение углеводов. В хронических случаях, когда медикаментозное лечение не дает эффекта, в качестве подсобного метода назначают ультрафиолетовые лучи или рентгенотерапию. В подострых и хронических случаях показаны серные ванны, лечение на курорте: Сочи — Мацеста, Пятигорск, Цхалтубо и др. Местно, в зависимости от стадии заболевания, при мокнутии назначают холодные примочки (Sol. Argenti nitrici 0,25%, Sol. Rivanoli 1 : 1000, свинцовая вода, буровская жидкость — 1 столовая ложка на 1 стакан воды, 2—3% раствор борной кислоты), которые надо менять каждые 1—2 часа. В эритематозной стадии назначают примочки из Sol. Resorcini 2—3%, присыпки или болтушку (см. *Дерматит*), в стадии обратного развития — мази и пасты.

Rp. Sulfuris praecipitati 3,0
Resorcini 0,5
Lanolini
Vaselini āā 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Naphtatae-naphthalani 3,0—30,0
Pasta Zinci 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Zinci oxydati 15,0
Acidi borici 1,5
Ol. Helianthi 35,0
DS. Наружное

Rp. Zinci oxydati
Talci Veneti
Glycerini āā 15,0
Aq. destill. 100,0
MDS. Наружное

Rp. Жидкость АСД
фракция 3
Ol. Helianthi āā 25,0
MDS. Наружное

Rp. Acidi salicylici 1,2
Mentholi 0,8
Жидкость АСД
фракция 3 10,0
Pasta Zinci 30,0
MDS. Мазь

Можно рекомендовать лечение сном, который применяется главным образом в стационаре; гипнотерапия возможна и в условиях амбулатории. Внутрь Sol. Novocaini 0,5% по 1 столовой ложке 3 раза в день. Дипразин 0,01—0,02 г 2 раза в день (улучшение сна, общего самочувствия).

При лечении экзем у детей рекомендуются витамины B_6, B_{12}, A; местно — кремы с витамином E и A.

ЭКТИМА ВУЛЬГАРНАЯ (ECTHYMA VULGARE). Вызывается стрептококком.

Симптомы и течение. Вначале образуется воспалительный болезненный узелок, на котором вскоре появляются пузырьки, превращающиеся в гнойнички. Гнойничок подсыхает и образуется буровато-коричневая корка, погруженная в толщу ткани. По удалении корки образуется язва с возвышенными краями и некротическим дном. Локализация — нижние конечности, ягодицы.

Лечение. Общее — пенициллин, стрептовакцина, аутогемотерапия (см. *Пиодермия. Лечение*). Внутрь витамины A и C. Местно — белая ртутная мазь 5%, Ung. Xeroformii 10% (Ung. Dermatoli 10%, Ung. Ichthyoli 10%, Ung. Synthomycini 10%).

ЭПИДЕРМОФИТИЯ (EPIDERMOPHYTIA). Возникает в результате поражения различными видами грибков-эпидермофитов.

Симптомы и течение. Встречается на местах повышенного выделения пота (стопы, кисти, паховые сгибы и другие кожные складки). В легких случаях наблюдается незначительная эритема и шелушение (отслоение рогового слоя эпидермиса), при выраженном воспалении — отек эпидермиса и появление глубоко сидящих плотных пузырьков, просвечивающих сквозь роговой слой в виде саговых зерен.

При прогрессирующем отеке эпидермиса пузырьки увеличиваются в размере, сливаются друг с другом и, разрываясь, образуют ссадины, окруженные как бы венчиком, обрывками побелевшего мацерированного рогового слоя. Обычно пузырьки высыпают толчкообразно и располагаются на своде подошвы или на внутреннем крае стопы и лодыжки. Нередко поражаются межпальцевые складки.

Субъективные ощущения — зуд и жжение; при значительно выраженном воспалении отмечается болезненность во время ходьбы. Эпидермофития может поражать и ногти, изменяя их цвет, ногтевая пластинка желтеет, утолщается, становится полосатой и ломкой. В случаях длительно существующей эпидермофитии ноготь деформируется.

Лечение. При острых воспалительных явлениях — часто сменяемые (через 20—30 минут) примочки из 1—2% резорцина, свинцовой воды или буровской жидкости (половина столовой ложки на 1 стакан воды). Ежедневно горячие ванны с марганцовокислым калием (цвет красного вина). После ванны осушивание кожи и накладывание мази.

Rp. Zinci oxydati 15,0
Acidi borici 3,0
Ol. Helianthi 35,0
MDS. Наружное

Два-три раза в неделю перед наложением мази очистившиеся от роговых наслоений участки кожи смазывают 5—10% настойкой йода. После видимого выздоровления во избежание рецидива в течение месяца продолжают смазывать 2% раствором салициловой кислоты в 70° спирту. Можно пользоваться и отслойкой рогового слоя путем наложения (под компрессную бумагу) на 24—48 часов следующей мази:

Rp. Acidi salicylici 12,0
Acidi lactici 6,0
Vaselini 100,0
M. f. ung.
DS. Мазь

После снятия мазевой повязки назначают на 15 минут марганцовокислую ванну, после которой пинцетом удаляют роговой слой кожи и накладывают индифферентную мазь или смазывают на ночь в течение 10 дней раствором:

Rp. Jodi puri 0,6
Acidi salicylici 1,0
Spiritus vini 96° 30,0
M. f. ung.
MDS. Наружное

Утром припудривают межпальцевые промежутки:

Rp. Acidi borici
Streptocidi albi āā 3,0
Acidi salicylici 1,0
Zinci oxydati
Talci Veneti āā 15,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Профилактика заключается в лечении потливости, особенно стоп. Соблюдение гигиенических правил. Частая смена носков, портянок, кипячение. Дезинфекция обуви: вкладывают вату, намоченную уксусной эссенцией, внутрь ботинка, затем ботинок завертывают в газету или ткань на 8—10 часов, после чего обувь проветривают.

ЭРИТЕМА МНОГОФОРМНАЯ ЭКСУДАТИВНАЯ (ERYTHEMA EXSUDATIVUM MULTIFORME). Инфекционное заболевание. Возбудитель неизвестен.

Симптомы и течение. Высыпание пятен, узелков и пузырей, выступающие над уровнем кожи и слизистых оболочек. Излюбленная локализация — тыльные поверхности кистей рук и стоп; иногда поражаются пальцы, локти и колени. Вначале высыпания имеют светло-красный цвет, но в течение 2—3 дней принимают цианотичный оттенок. Заболевание часто рецидивирует.

Лечение. Внутрь назначают салициловокислый натрий, аспирин, стрептоцид (по 0,5 г 3—4 раза в день), внутривенно — 40% уротропин (по 5—10 мл через день), местно — болтушки, присыпки, мази.

ЭРИТЕМА УЗЛОВАТАЯ (ERYTHEMA NODOSUM). Симптомы и течение. Плотные синевато-красные инфильтраты, кругловато-овальной формы, болезненные при пальпации. В дальнейшем приобретают синевато-багровый цвет (в виде кровоизлияния от ушиба). Наиболее частое место расположения — разгибательная поверхность сустава и голеней.

Высыпания возникают остро и нередко сопровождаются нарушением общего состояния организма (недомогание, повышение температуры).

Лечение. Пенициллин внутримышечно на новокаине 0,5% по 200 000—300 000 ЕД утром и вечером до 2 000 000—3 000 000 ЕД. Внутрь салициловые препараты или уротропин (Natrii salicylici 0,5 г или Aspirini 0,5 г, или Urotropini 0,5 г 3—4 раза в день); назначают общее освещение ультрафиолетовыми лучами, местно — 10% ихтиоловую мазь. Согревающие повязки с камфарным маслом.

ЭРИТРАЗМА (ERYTHRASMA). Вызывается грибком.

Симптомы и течение. Желтоватые или желтовато-бурые шелушащиеся пятна с неровными краями. Встречаются обычно на внутренней поверхности бедер, под молочными железами. Течение длительное.

Лечение. Мази Ung. Acidi salicylici или Ung. Resorcini 2—5%. Облучение эритемными дозами ультрафиолетовых лучей. Обтирание 2—3% салициловым спиртом.

ГЛАВА XIII

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ГОНОРЕЯ, ТРИППЕР (GONORRHOEA). Инфекционное заболевание, вызываемое гонококком Нейссера. Передается, как правило, половым путем. Внеполовое заражение может наблюдаться у детей, особенно у девочек.

Инкубационный период гонореи длится обычно 3—5 дней, в отдельных случаях 1—2 недели.

Острая гонорея (urethritis gonorrhoica acuta)[1]. Симптомы и течение. Жжение в мочеиспускательном канале. Края отверстия мочеиспускательного канала воспаляются, появляется обильное гнойное выделение и резь при мочеиспускании. В начале заболевания воспаление держится только в передней части мочеиспускательного канала. Если больному предложить помочиться в два стакана, то моча в первом стакане будет мутная, а во втором прозрачная.

При переходе воспалительного процесса на заднюю часть уретры и на шейку мочевого пузыря больные жалуются на частые позывы к мочеиспусканию, а по окончании мочеиспускания на болезненность. В этих случаях моча в стаканах будет мутной в обеих порциях.

Хроническая гонорея (urethritis gonorrhoica chronica). Симптомы и течение. Если больной лечился неаккуратно, преждевременно прекратил лечение или не соблюдал предписанного режима, то болезнь переходит в хроническую форму. В этих случаях воспалительные явления незначительны, болевые ощущения мало беспокоят больного, выделения из мочеиспускательного канала скудны. Обострение гонорейного процесса может наступить под влиянием какого-либо раздражения (полового возбуждения, алкоголя).

Осложнения гонорейного уретрита. Простатит (prostatitis) — воспаление предстательной железы. Увеличение предстательной железы, боли, отдающие в промежность, частые ночные мочеиспускания. Иногда в ткани железы образуется гнойник, который самопроизвольно вскрывается в мочеиспускательный канал или прямую кишку.

Эпидидимит — воспаление придатка яичка **(epididymitis gonorrhoica)**. Повышение температуры (до 40°), припухание и резкая болезненность в области придатка яичка. Боль отдает в пах и нижнюю часть живота. Соответствующая половина мошонки увеличивается. Заболевание может быть двусторонним.

Артрит гонорейный — воспаление суставов **(arthritis gonorrhoica)**. Припухлость сустава, болезненность в области прикрепления сухожилия к костям, боли при движении сустава. Чаще поражается несколько суставов, но нередко и один.

---

[1] Гонорея женщин см. *Женские болезни*.

Лечение больных гонореей. Обильное питье. Полное воздержание от половых сношений и половых возбуждений. Алкоголь и различные пряности воспрещаются. Во избежание заноса инфекции в глаза — частое мытье рук, особенно после мочеиспускания. Рекомендуется ношение суспензория.

Все больные острым гонорейным уретритом подлежат лечению пенициллином или одним из сульфаниламидных препаратов (сульфодимезин, норсульфазол, белый стрептоцид и т. п.).

Лечение пенициллином проводят в виде внутримышечных инъекций: через 3—4 часа по 40 000—50 000 ЕД каждая. Общее количество препарата 400 000 ЕД. Особенно показан пенициллин при хронической гонорее. Препарат назначают в дозе до 500 000—600 000 ЕД (по 500 000 ЕД через каждые 3 часа). При применении пенициллина рекомендуется сухоядение. Пенициллин может быть назначен в сочетании с сульфаниламидным препаратом. Доза сульфаниламидного препарата на курс лечения 10 г (по 1 г 4 раза в день).

При лечении гонореи одними сульфаниламидами одновременно применяют местное лечение уретры в виде ежедневных промываний ее раствором марганцовокислого калия в концентрации 1 : 10 000 — 1 : 6000.

Сульфодимезин или норсульфазол назначают в количестве 20 г, которые больной принимает в течение 4 дней по 1 г 5 раз в день через каждые 4 часа с расчетом, чтобы ночной перерыв не превышал 7—8 часов. Стрептоцид назначают по 0,5 г на прием 6 раз в сутки в течение 12 дней.

При применении сульфаниламидных препаратов воспрещается назначать больному слабительные средства, содержащие серу (сернокислая магнезия, лакричный порошок).

При амбулаторном лечении больных гонореей пенициллин вводят 2 раза в сутки по 200 000 ЕД в 2—3 мл стерильного 1% раствора новокаина или в 5 мл собственной крови больного. Для введения пенициллина в собственной крови больного сначала растворяют 200 000 ЕД пенициллина в 1 мл стерильного физиологического раствора и затем смешивают этот раствор с 5 мл крови, взятой из вены больного.

Еще лучше действует дюрантный препарат пенициллина — экмоновоциллин.

Экмоновоциллин вводят внутримышечно по 200 000—300 000 ЕД 2 раза в сутки с промежутками в 10—12 часов. При острой неосложненной гонорее на курс лечения делают две инъекции. Одновременно с инъекциями пенициллина или экмоновоциллина больному назначают внутрь сульфаниламидные препараты (норсульфазол или сульфодимезин) на курс 15 г по 4 г 5 раз в день в течение 3 дней.

За последние годы для лечения больных гонореей с успехом применяют стрептомицин и синтомицин. Больным острой неосложненной гонореей стрептомицин вводят внутримышечно в один прием 0,5 г в 5 мл стерильного физиологического раствора, или две инъекции по 0,25 г с промежутком в 10—12 часов.

Синтомицин назначают внутрь в дозе 10 г на курс — по 0,5 г 4 раза в день в течение 5 дней. Ночной перерыв между приемами препарата не должен превышать 7—8 часов.

Для повышения сопротивляемости организма больного гонореей, особенно при осложнениях гонорейного характера, применяют внутримышечные инъекции гонококковой вакцины (150—200 млн. микробных тел), инъекции молока, начиная с 2 мл через день (4—6 инъекций), или аутогемотерапию по 3—5 мл через 2 дня, всего 7—8 инъекций.

При осложнениях гонореи (простатиты, эпидидимиты, артриты и др.) показано лечение теплом в виде физиотерапевтических процедур. При осложнениях на слизистой мочеиспускательного канала у мужчин (литтреиты, морганииты), особенно в хронических случаях, показано бужирование (осторожно вводится металлический буж на 10—15 минут).

Профилактика. Личная профилактика состоит в применении презервативов и промывании мочеиспускательного канала после случайной половой связи слабым раствором марганцовокислого калия на профилактических пунктах. После полового акта можно рекомендовать быстро выпустить мочу и ввести в уретру 1% раствор протаргола.

На профилактических пунктах нужно провести следующие мероприятия.

Для мужчин. 1. Выпустить мочу. 2. Тщательно вымыть водой с мылом руки, половой член, мошонку и близлежащие части, а затем после отворачивания крайней плоти протереть головку полового члена ватой, смоченной в растворе сулемы 1 : 4000. 3. Промыть переднюю уретру под небольшим давлением раствором марганцовокислого калия 1 : 6000. 4. В течение 5 минут втирать в головку и ствол полового члена, мошонку и крайнюю плоть мазь Мечникова, особенно тщательно в те места, где имеются ссадины. 5. Раскрыть губки наружного отверстия мочеиспускательного канала, ввести туда немного мази и путем выжимания несколько раз произвести втирание. 6. Оставив кусочек мази, обернуть указанные места парафиновой бумагой и перевязать марлей.

Для женщин. После того как выпущена моча и вымыты водой с мылом наружные половые органы, произвести спринцевание влагалища раствором сулемы 1 : 2000 и глубокое промывание уретры раствором марганцовокислого калия 1 : 6000. Далее с помощью зеркала Куско протереть 2% раствором ляписа влагалище и влагалищную часть шейки матки; в наружные половые органы, ближайшие части бедер, промежность и область заднего прохода втирать в течение 5 минут мазь Мечникова.

Rp. Calomelanos 10,0
Lanolini
Vaselini āā 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь Мечникова

ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗ ПАХОВОЙ см. *Четвертая венерическая болезнь.*

МЯГКИЙ ШАНКР (ULCUS MOLLE). Болезнь вызывается стрептобациллой Петерсен — Дюкрея — Унна. Передается почти исключительно половым путем. Инкубационный период длится 1—2 дня.

Симптомы и течение. Множественные мягкошанкерные язвы неправильной формы, с зазубренными краями, шероховатым, бугристым, покрытым грязносальным налетом дном. Отделяемое язв имеет слизисто-гнойный, иногда кровянистый характер. Язвы локализуются преимущественно на наружном и внутреннем листках крайней плоти, уздечки у мужчин, у наружного отверстия уретры; у женщин поражается ладьеобразная ямка, малые и большие половые губы, область заднего прохода и очень редко шейка матки.

В результате попадания гноя на окружающие ткани формируются все новые и новые (дочерние) мягкошанкерные язвы. Язвы эти болезненны, сопровождаются островоспалительными явлениями, краснотой, отеком окружающих тканей. Некоторые из них отличаются затяжным течением (фагеденические и гангренозные шанкры) и образованием фимоза и парафимоза.

Близлежащие лимфатические узлы при мягком шанкре или совсем не увеличиваются, или обычно в конце третьей недели опухают; они болезненны, спаяны между собой и с окружающими тканями. Иногда узлы вскрываются и на их месте образуются новые язвы.

Встречается смешанный шанкр (ulcus mixtum), когда одновременно существует мягкий и твердый шанкр — результат смешанной инфекции (мягкий шанкр+сифилис); тогда язва имеет и клинические черты твердого шанкра — первичного склероза.

Лечение. Опрятное содержание язв; больные получают местно горячие ванночки из слабого раствора марганцовокислого калия продолжительностью 10—15 минут, одновременно язвы прижигают жидкой карболовой кислотой с последующей присыпкой стрептоцидом или ксероформом. По прекращении гнойного отделяемого прижигания отменяют и больных переводят на лечение мазями: стрептоцидовой, 5—10% дерматоловой, ксероформной, 10% висмутовой; при наличии вялых грануляций применяют мазь Микулича. Внутрь назначают биомицин по 0,1 г 5 раз в сутки, всего на курс 20—30 таблеток.

При гангренозных и фагеденических язвах делают внутримышечные инъекции пенициллина по 50 000 ЕД через 3 часа на физиологическом растворе или экмоновоциллина по 600 000 ЕД один раз в сутки, на курс 3 000 000—5 000 000 ЕД. При наличии фимоза назначают местно горячие ванночки из раствора марганцовокислого калия, согревающие компрессы и ежедневные промывания препуциального мешка тем же раствором, а при резко выраженной отечности — покой и холодные примочки.

На шанкерные бубоны кладут грелки и производят внутрибубонные инъекции 5—10 мл цельной или лаковой крови. Если эти меры не дают эффекта, бубоны вскрывают и по удалении гноя полость засыпают стрептоцидом или вводят марлевую турунду с риваиолом или 10% эмульсией синтомицина.

После заживления мягкошанкерных язв больной должен находиться под клиническим и серологическим наблюдением не менее 6 месяцев, чтобы своевременно выявить имевшее место одновременное заболевание сифилисом.

СИФИЛИС (SYPHILIS) — хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой. Заражение обычно происходит половым и в редких случаях внеполовым путем.

Симптомы и течение. При сифилисе заболевает весь организм: кожа, слизистые, внутренние органы, нервная система. Высыпания на коже без лечения в дальнейшем могут исчезнуть (латентный, или скрытый, сифилис) с тем, чтобы через некоторое время появиться вновь (рецидивный сифилис).

Первый инкубационный период. На месте внедрения бледной спирохеты в первые часы и дни никаких изменений не наблюдается; это первый инкубационный, или скрытый, период сифилиса, в среднем длящийся 21 день. Удлинению инкубационного периода может отчасти способствовать применение пенициллина для лечения предшествующих сифилису заболеваний (гонорея, воспаление легких, сепсис) [1].

Первичный склероз, твердый шанкр (ulcus durum). По окончании инкубационного периода на месте внедрения спирохеты появляется маленькая эрозия (первичный склероз, твердый шанкр) правильной круглой или овальной формы. Дно ее гладкое, поверхность как бы отполирована, блестяща, отделяемое незначительное, серозно-кровянистого характера. По цвету напоминает свежее мясо. В некоторых случаях (при наличии пиококков) эрозия принимает характер язвы, дно поражения становится грязно-серым, отделяемое — гнойным. Основной признак первичного склероза — уплотнение; шанкр безболезнен, размеры его колеблются от величины булавочной головки (микрошанкр) до величины полтинника (гигантский шанкр). Шанкры большей частью бывают единичными, иногда они сопровождаются значительным отеком. У ослабленных людей и у лиц, страдающих алкоголизмом, шанкры имеют наклонность к омертвению, распаду. Вслед за появлением шанкра опухают регионарные лимфатические

---

[1] Все лица, получавшие по поводу гонореи антибиотики, если источники их заражения не были своевременно обследованы, подлежат клиническому и серологическому наблюдению на сифилис не менее 6 месяцев.

узлы. Последние множественны, безболезненны, эластичны, плотны, подвижны, не спаяны между собой и окружающей тканью. Твердый шанкр в первые две недели увеличивается в размере, затем в течение 10—12 дней находится без изменения, после чего начинает эпителизироваться и может зажить даже без лечения, оставляя на месте поражения на длительное время значительный инфильтрат.

Первичный период сифилиса включает время от появления шанкра до вторичных высыпаний и в среднем длится 45 дней. В этом периоде опухают все лимфатические узлы. Различают первичный серонегативный сифилис в первые 2—3 недели заболевания, когда серологические реакции в крови еще отрицательны, и серопозитивный сифилис, когда серологические реакции становятся положительными.

Вторичный период наступает через 66—70 дней от момента заражения. В это время на коже и слизистых появляются сифилиды пятнистого (розеола), папулезного, пустулезного характера. Папулы бывают сухие, влажные и эксудативные (пустулезные), а во рту, на слизистых половых органов — мокнущие; в складках кожи под влиянием раздражения папулы часто гипертрофируются (широкие кондиломы). Наиболее частая их локализация — задний проход, мошонка, промежность, кожа под грудными железами (у женщин) и т. д. Широкие кондиломы очень заразительны. В этом периоде различают сифилис вторичный свежий при наличии на коже и слизистых высыпаний с полиаденитом, а также первичного склероза или же его остатков, и сифилис вторичный рецидивный при наличии на коже скудных высыпаний, групповых папул в виде колец, гирлянд и отсутствии первичного шанкра. Рецидивный сифилис большей частью наблюдается у нелеченых и плохо леченных больных через 4—6 месяцев и больше от момента заражения. В этом периоде могут быть и глубокие изменения во внутренних органах, сосудах, нервной системе. Вторичный сифилис, особенно свежий (syphilis II recens), нередко сопровождается лихорадкой, припуханием селезенки и печени.

Кроме того, во вторичном периоде при плохо леченном или совсем не леченном сифилисе встречается очаговое (alopecia areolaris syphilitica), а иногда и диффузное (alopecia diffusa syphilitica) поражение волос, изменение пигмента на шее, чередование гиперпигментированных пятен с депигментированными (leucoderma syphiliticum), поражение со стороны ногтей и пр.

Алопеция и лейкодерма обычно бывают при вторичном рецидивном сифилисе.

Третичный период наступает через 1—3—4 и больше лет от момента заражения. Третичный сифилис активный (syphilis III activa) делится на поверхностный, бугорковый и более глубокий — гуммозный. При этом часто поражаются трубчатые кости (периоститы, оститы, остеомиелиты) и отмечаются другие поражения костей и суставов.

Бугорковый сифилис (syphilis III cutanea tuberculosa) характеризуется появлением на коже и слизистых плотных безболезненных бугорков, имеющих групповое расположение, величиной с горошину и больше. Бугорки отличаются медно-красным или коричневатым цветом, склонны к группировке и расположению гирляндами, полукругами, кольцами, а также к периферическому росту (syphilis III cutanea serpiginosa). Нередко бугорки изъязвляются и по заживлении оставляют рубцы (syphilis III cutanea serpiginosa ulcerosa).

В большинстве случаев бугорковый сифилис рассасывается с образованием характерных фестончатых рубцовых атрофий.

Гуммозный сифилис (syphilis III gummosa) начинается в виде безболезненной, лишенной островоспалительных явлений подкожной опухоли, размер которой иногда доходит до размера грецкого ореха и куриного яйца. Размягчаясь в центре, узел вскрывается и выделяет сначала похожую на гуммиарабик сукровичную жидкость, а затем гной. Образовав-

шаяся язва постепенно расширяется и принимает круглую или полушаровидную форму. Кожа, окружающая гумму, спаивается с последней и принимает синевато-красную окраску. Гуммозная язва характеризуется крутыми обрывистыми краями и глубоким дном, покрытым гнойным налетом. Гуммозные язвы кожи обычно локализуются на конечностях, носу, грудной кости. По заживлении они всегда оставляют глубокие рубцы.

Для третичного периода сифилиса особенно характерны мучительные (приступами) ночные боли в костях. Поражается также сосудистая система (аорта), а нередко и паренхиматозные органы, центральная и периферическая нервная система (менингиты, спинная сухотка, прогрессивный паралич и пр.).

Вторичный и третичный скрытый период сифилиса. Сифилис у лиц, перенесших активные проявления вторичного и третичного периода сифилиса (syphilis latens).

Врожденный сифилис (syphilis congenita). Сифилис передается плоду матерью; отец непосредственно сифилиса плоду не передает. Различают следующие виды врожденного сифилиса: сифилис плода, ранний и поздний врожденный сифилис.

При *сифилисе плода* отмечается белое опеченение легких, сифилитическая пузырчатка, сифилитический остеохондрит.

При *раннем врожденном сифилисе* часто имеет место сифилитический насморк, припухание селезенки, специфические высыпания на коже и слизистых, вокруг рта и на ягодицах; нередко имеется диффузное скопление папул.

При *позднем врожденном сифилисе* отмечаются главным образом третичные изменения, триада Гетчинсона (дистрофия зубов, паренхиматозный кератит и заболевание ушного лабиринта), саблевидные голени.

Лечение[1]. Специфические противосифилитические средства (препараты органических соединений мышьяка, висмута, ртути, йода), а также пенициллин.

Из отечественных *препаратов мышьяка* применяют следующие.

1. *Новарсенол.* Выпускается в запаянных ампулах в дозировке от 0,15 до 0,6 г; вводится внутривенно, для чего порошок растворяют в 5 мл свежедистиллированной и стерилизованной воды. Вливание производят не раньше чем через 2—3 часа после приема пищи. После вливания больной не должен принимать пищи в течение 2—3 часов. Начальная доза новарсенола при отсутствии противопоказаний для женщин — 0,15 г, для мужчин — 0,3 г. Максимальная разовая доза для женщин — 0,45 г, для мужчин — 0,6 г. Вливания нужно производить, как правило, из расчета 0,1—0,12 г в сутки. Курсовая доза новарсенола составляет для женщин 4,5—5 г, для мужчин — 5—5,5 г.

При третичных формах сифилиса суточная доза не должна превышать 0,1 г, а курсовая — 3—4 г.

У ослабленных людей, при состояниях гипоавитаминоза, у лиц, страдающих алкоголизмом, туберкулезом и пр., суточная доза новарсенола не должна превышать 0,1 г.

2. *Миарсенол.* Препарат вводят внутримышечно в наружноверхний квадрант ягодицы при помощи длинных (5—6 см) игл. Растворяют в 1,5—2 мл дистиллированной и стерилизованной воды. Разовые и курсовые дозировки миарсенола такие же, как и новарсенола. Миарсенол показан при поздних формах сифилиса, при плохой переносимости новарсенола, у детей, больных свежим сифилисом, в заключительных курсах лечения,

[1] Лечение изложено согласно официальной инструкции Министерства здравоохранения СССР.

а также в случаях, когда внутривенное вливание технически невыполнимо. При отсутствии новарсенола миарсенол можно также применять и в первом курсе лечения.

Перед каждым вливанием необходимо проверять целость ампулы, а также физические свойства препаратов; значительные отклонения в цвете, комковатость порошка, прилипание к стенкам являются признаками его непригодности. Порошок должен раствориться целиком, раствор должен быть прозрачным.

3. Осарсол. Препарат применяют внутрь при всех проявлениях позднего сифилиса, при заболеваниях сердечно-сосудистой и нервной системы, а также в последних курсах при вторичном и третичном сифилисе; может быть рекомендован при лечении сифилиса у детей. После 5 дней применения осарсола делают трехдневный перерыв. Пятидневные циклы лечения с трехдневными перерывами проводят до тех пор, пока больной не получит 30—40 г осарсола. Начиная со второго цикла больной в первый же день получает полную дозу осарсола — 1 г в день (утром и вечером по 0,5 г). При недостаточно хорошей переносимости разовые и суточные дозировки должны быть снижены. Осарсол, как и другие препараты мышьяка, нужно комбинировать с висмутовыми или ртутными препаратами (см. ниже). Не следует выдавать на руки больному большие количества осарсола (препарат выдается на 5 дией). Детям, как и взрослым, осарсол назначают 2 раза в день, но в соответствующих возрасту дозировках. Противопоказания для применения осарсола такие же, как и для применения новарсенола. Применение осарсола в сочетании с другими препаратами мышьяка (органическими или неорганическими) недопустимо.

В случае наступления осложнений после приема осарсола (желудочно-кишечные расстройства, заболевания печени, головные боли, зуд, эритема, крапивница, появление белка в моче свыше 0,03‰), а также каких-либо явлений со стороны нервной системы следует прекратить всякое специфическое лечение и назначить терапию, соответствующую развившемуся осложнению. Возобновление лечения возможно не ранее чем через 5—7 дней после полной ликвидации осложнения, начиная с малых доз. В случае повторного развития явлений непереносимости лечение осарсолом следует прекратить на длительное время.

Противопоказания. Противопоказаниями (абсолютными) для применения органических соединений мышьяка являются: индивидуальная непереносимость новарсенола, миарсенола и осарсола; острые желудочно-кишечные заболевания; язвенная болезнь в стадии обострения; тяжелые несифилитические заболевания печени; тяжелые несифилитические заболевания центральной нервной системы; распространенные островоспалительные заболевания кожи; тяжелые несифилитические поражения почек (нефрит, нефроз, нефросклероз, туберкулез почек); диабет, не поддающийся диетотерапии; болезни сердца в стадии декомпенсации, стойкое нарушение ритма, резко выраженные формы гипертонической болезни; геморрагический диатез; тяжелые формы туберкулеза легких и все случаи кровохарканья; резко выраженные формы базедовой болезни, микседема, болезнь Аддисона; острые инфекционные заболевания (ангина, грипп и т. п.); заболевания зрительного аппарата. Применение новарсенола, осарсола и др. после инфекционных заболеваний допускается по восстановлении общего хорошего самочувствия, при полном исчезновении всех симптомов и не ранее 5—6 дней после падения температуры. К противопоказаниям (относительным) относятся: возраст свыше 50 лет; хронические интоксикации (алкоголизм, наркомания, свинцовые отравления и др.); заболевание сердца и сосудов (особенно мышцы сердца), кахексия (резкое истощение), резко выраженные гиповитаминозы; туберкулез легких, носа, горла и гортани; тяжелая форма малокровия; заболевание нервной системы и т. д. Перед началом курса больной должен быть всесторонне обследован с целью выяснения, нет ли противопоказаний к применению мышьяковых препаратов;

перед вливанием рекомендуется также измерять температуру. Во время лечения обязательно исследование мочи, особенно на белок и уробилин, морфологического состава крови. Имеет значение исследование билирубина в крови, так как увеличенное количество его указывает на расстройство функциональной способности печени.

Побочные явления и осложнения при лечении препаратами мышьяка: нитритоидные кризы, повышение температуры, лихорадка и эритема 9-го дня, сальварсанные дерматиты, эксфолиативный дерматит, желтуха, геморрагический энцефалит (purpura cerebri) и некоторые другие. Во всех случаях осложнений вливания должны быть прекращены и назначено соответствующее лечение.

Препараты ртути. Для инъекций пользуются как растворимыми, так и нерастворимыми препаратами ртути. Из первой группы наиболее употребительны: цианистая ртуть (Hydrargyrum cyanatum), содержащая 79% ртути, сулема (Hydrargyrum bichloratum corrosivum), содержащая 74% ртути, двуйодистая ртуть (Hydrargyrum bijodatum rubrum), содержащая 44% ртути. Сулема вызывает резкую местную болезненность.

Сулема и цианистая ртуть применяются в виде 2% раствора через день по 1 мл, двуйодистая ртуть — в виде 2% раствора по 1 мл ежедневно. При значительной местной болезненности, а также у ослабленных, плохо упитанных больных рекомендуется применять 1% растворы сулемы или цианистой ртути по 1 мл ежедневно.

Rp. Hydrargyri cyanati 0,3
Aq. destill. 15,0
M. Sterilisetur!
DS. Для инъекций в мышцу по 1 мл через день
На курс 20 инъекций

Rp. Hydrargyri bichlorati 0,3
Aq. destill. 15,0
Natrii chlorati 0,5
M. Sterilisetur!
DS. Для инъекций в мышцу по 1 мл через день
На курс 20 инъекций

Rp. Hydrargyri bijodati rubri
Natrii jodati āā 0,5
Natrii chlorati 0,2
Aq. destill. 25,0
M. Sterilisetur!
D. In vitro nigro
S. Для инъекций в мышцы по 1 мл ежедневно
На курс 30 инъекций

При инъекциях следует строго соблюдать правила асептики. После каждой инъекции иглы и шприцы необходимо кипятить. Иглы нужно брать достаточной длины (5—7 см), чтобы лекарственное вещество попало в мышцу; при введении растворов в подкожную клетчатку образуются болезненные инфильтраты, которые держатся очень долго. В некоторых случаях, когда требуется быстрое действие, растворимые препараты ртути вводят внутривенно, главным образом в виде 1% раствора цианистой ртути, сначала 0,5 мл, затем 0,75 мл, 1 мл и далее по 1 мл ежедневно, на курс 30—40 инъекций.

Из нерастворимых препаратов ртути применяют преимущественно салициловокислую ртуть:

Rp. Hydrargyri salicylici basici 3,0
Gummi arabici 1,5
Aq. destill. 27,0
M. Sterilisetur!
DS. Для инъекций в мышцу по 1 мл один раз в 5 дней. На курс 10—12 инъекций

Rp. Hydrargyri salicylici basici 3,0
Ol. Persicorum (Ol.) Helianthi 27,0
M. Sterilisetur!
DS. Для инъекций в мышцу по 1 мл один раз в 5 дней.
На курс 10—12 инъекций

Салициловая ртуть содержит около 54% ртути. Перед наполнением шприца взвесь нерастворимой ртути подогревают в горячей воде и тщательно взбалтывают. Инъекцию делают двухмоментно: сначала вводят внутримышечно иглу в наружноверхний квадрант ягодицы, а затем, если из иглы не показывается кровь, медленно вводят лекарственное вещество. При появлении капли крови из иглы (признак попадания в кровеносный сосуд) ее извлекают и инъекцию производят в другое место по тому же методу. Попадание взвеси в кровеносный сосуд влечет за собой очень неприятные для больного последствия. Если лекарственное вещество попадает в артерию, то происходит закупорка кровеносного сосуда и мельчайших его ответвлений, причем может наступить различная степень омертвения тканей. Омертвение тканей может наступить в редких случаях и после растворимых препаратов ртути, однако это встречается значительно реже. В этих случаях нарушается питание тканей, что сопровождается мучительной болезненностью на месте некроза.

Попадая в вену, масляная взвесь ртути может быть занесена током крови в мельчайшие разветвления легочной артерии и закупорить их. Наступает эмболия легкого с мучительными приступами кашля, болями в боку, чувством стеснения в груди и чувством страха, одышкой и сердцебиением. Обычно указанные симптомы наблюдаются сразу же после неудачно произведенной инъекции; наблюдаются случаи, когда явления эмболии развиваются позднее. Эмболия вызывает тяжелое состояние больного и на 3—4 недели приковывает его к постели; в исключительных случаях она может закончиться смертью больного.

Ртуть может вводиться в организм и в виде втираний серой ртутной мази:

Rp. Ung. Hydrargyri cinerei 3,0
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. Для втираний

Втирания применяют при сифилисе внутренних органов и нервной системы, а также в том случае, если по какой-либо причине невозможно производить инъекции. Втирают мазь очень тщательно, досуха, в течение 30—40 минут. Не следует втирать мазь в волосистые участки кожи.

Втирания производят в такой последовательности: 1-й день — в левое бедро, 2-й день — в правое бедро, 3-й день — в левое предплечье, 4-й день — в правое предплечье, 5-й день — в левый бок, 6-й день — в правый бок, 7-й день — ванна и отдых от втираний. В таком порядке проводят весь курс лечения, который состоит из 36—42 втираний.

Проводя лечение ртутью и другими противосифилитическими средствами, следует систематически (один раз в 6—7 дней) исследовать мочу больного. Появление в моче белка, цилиндров, эритроцитов является признаком заболевания почек, которое требует перерыва в лечении.

Наиболее часты осложнения со стороны полости рта: начиная от легкой гиперемии слизистой и кончая гангренозным распадом тканей. В последних случаях отмечается ухудшение общего состояния больного и повышение температуры. Чтобы предупредить эти осложнения, рекомендуется, прежде чем приступить к лечению ртутью, провести тщательную санацию полости рта. При лечении ртутью больной должен тщательно чистить зубы и после каждого приема пищи полоскать рот слабым раствором соды, раствором борной кислоты, марганцовокислого калия 1 : 5000 или раствором поваренной соли (половина чайной ложки на стакан воды).

Препараты висмута. Бийохинол представляет собой 8% взвесь йод-хинин-висмута в нейтральном персиковом масле. В 1 мл взвеси содержится 0,02 г металлического висмута. Перед употреблением препарат нужно слегка подогревать и тщательно взбалтывать до получения равномерной взвеси. Препарат вводят в верхненаружный квадрант ягодицы

двухмоментным способом из расчета 3 мл бийохинола на 3 дня. На курс назначают 40—50 мл препарата (0,8—1 г металлического висмута).

Бисмоверол представляет собой белого цвета взвесь основной висмутовой соли висмут-винной кислоты в нейтральном персиковом масле. В 1 мл масляной взвеси содержится 0,05 г металлического висмута. Бисмоверол взрослым вводят по 1,5 мл 2 раза в неделю. Всего за курс вводят 16—20 мл взвеси, что составляет 0,8—1 г металлического висмута.

Препарат перед употреблением необходимо хорошо встряхнуть. Для скорейшего получения однородной эмульсии бисмоверол может быть несколько подогрет в теплой воде. Инъекции бисмоверола производят, соблюдая те же правила, как и при введении нерастворимых препаратов ртути.

Висмутовые препараты больные переносят лучше, чем ртутные; побочные явления при их применении в основном те же, что и при лечении ртутью; однако они дают чаще осложнения со стороны почек (белок, цилиндры, эритроциты, висмутовые клетки). При возникновении висмутовой нефропатии рекомендуется сделать перерыв в лечении на 1—2 недели. При появлении висмутовой каймы на деснах следует уделить особое внимание мероприятиям по санации полости рта.

Препараты йода применяют внутрь преимущественно при третичных формах сифилиса. При всех формах сифилиса целесообразно применять йод в перерывах между курсами. Йодистые препараты особенно хорошо действуют при болях в костях в ночное время. Наиболее употребителен йодистый калий и йодистый натрий. Лечение начинают с малых доз: сначала 3% раствор (3 столовые ложки в день после еды); при хорошей переносимости дозировку постепенно увеличивают, доводя суточную дозу до 8—10 г.

Вместо йода можно назначать сайодин, выпускается в порошках и таблетках, назначается по 0,5—1 г 2—4 раза в день, лучше после еды.

Принципы лечения при сифилисе. При лечении больных сифилисом основное внимание нужно обращать на макроорганизм, а именно на усиление его защитных сил.

Важное место при лечении сифилиса занимает тактика врача. Тщательный анамнез, собранный у больного, состояние его внутренних органов и нервной системы, глазного дна, анализы крови, мочи и др. могут сыграть огромную роль при назначении метода лечения. Следует придавать первостепенное значение состоянию высшей нервной деятельности. Больной сифилисом травмирован своей болезнью. Следовательно, его нужно так подготовить, чтобы не нанести ему лишней травмы. Необходимо провести с ним индивидуальную беседу, стараться вывести его из угнетенного состояния, всячески внушать ему, что болезнь его вполне излечима, что при современной терапии (новарсенол, антибиотики) она прекрасно поддается быстрому обратному развитию и при аккуратном лечении никаких последствий не оставляет.

В своих действиях в индивидуальном подходе к больному врач должен исходить из учения И. П. Павлова, памятуя, что медикаменты оказывают действие на весь организм, в котором ведущую, регулирующую роль играет центральная нервная система.

Лечение больных сифилисом должно быть ранним, полноценным и состоять из ряда курсов.

Превентивное лечение может проводиться лишь в тех случаях, когда в результате конфронтации твердо установлена возможность заражения.

Лечение взрослых проводится одним курсом пенициллина из расчета 80 000 ЕД на каждый килограмм веса больного, но не менее 4 800 000 ЕД на курс при весе больного не более 60 кг. Инъекции производятся по 50 000 ЕД пенициллина через каждые 2—3 часа.

Первичный серонегативный сифилис можно лечить по двум схемам.

1. Комбинированное лечение с применением пенициллина включает курс пенициллинотерапии в суммарной дозе препарата 4 800 000 ЕД (при весе больного 60 кг и менее). Пенициллин вводят по 50 000 ЕД через 2—3 часа. При весе больного более 60 кг на каждый лишний килограмм веса дополнительно прибавляют 80 000 ЕД пенициллина.

Затем без перерыва следует смешанное лечение, состоящее в применении новарсенола (миарсенола) и одного из препаратов висмута.

2. Комбинированное лечение без применения пенициллина состоит из трех курсов смешанного лечения с интервалами в один месяц. Первый курс: новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц. Во втором курсе больной получает лечение в том же объеме (бийохинол может быть заменен бисмоверолом или другим висмутовым препаратом); перерыв 1 месяц. Третий курс: новарсенол (миарсенол) в той же суммарной дозе, что и в первых курсах, 10% взвесь салициловокислой ртути в количестве 10—12 мл и 2% цианистая ртуть в количестве 20 мл или 20 мл сулемы.

Первичный серопозитивный сифилис.

1. Комбинированное лечение с применением пенициллина включает курс пенициллинотерапии в суммарной дозе препарата 6 000 000 ЕД (при весе больного 60 кг и менее), по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа. При весе больного более 60 кг на каждый лишний килограмм дополнительно прибавляют 100 000 ЕД пенициллина.

После пенициллинотерапии проводят без перерыва смешанное лечение, состоящее из трех курсов. Содержание курсов и чередование препаратов те же, что и при комбинированном лечении первичного серонегативного сифилиса.

2. Комбинированное лечение без применения пенициллина состоит из шести смешанных курсов.

Первый курс — новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Второй курс — новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, бисмоверол 16—20 мл; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, 2% цианистая ртуть 20 мл; перерыв 1 месяц.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Пятый курс — новарсенол (миарсенол) в той же дозе, что и в предыдущих курсах, и 10% салициловокислая ртуть 10—12 мл; перерыв 1 месяц.

Шестой курс — осарсол 30—40 г и бисмоверол 16—20 мл.

Вторичный свежий сифилис.

1. Комбинированное лечение с применением пенициллина включает два курса пенициллинотерапии и три курса смешанного лечения.

В первом курсе при весе больного 60 кг и менее вводят 6 000 000 ЕД пенициллина, по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа. При весе больного более 60 кг на каждый лишний килограмм веса дополнительно прибавляют по 100 000 ЕД пенициллина. Затем без перерыва следует курс смешанного лечения: новарсенол в курсовой дозе 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Второй курс — пенициллин в той же дозе, что и в первом курсе, и смешанное лечение: новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бисмоверол 16—20 мл; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол (миарсенол) 5—5,5 г для мужчин и 4,5—5 г для женщин, 2% цианистая ртуть 20 мл; перерыв 1 месяц.

2. Комбинированное лечение без применения пенициллина проводят по той же схеме, что и лечение первичного серопозитивного сифилиса, т. е. больной получает шесть курсов смешанного лечения.

Вторичный рецидивный сифилис. Лечение проводят в зависимости от того, лечился больной раньше или нет.

Не получавших специфическое лечение можно лечить по двум схемам.

1. Комбинированное лечение с применением пенициллина состоит из двух курсов пенициллинотерапии и четырех курсов смешанного лечения.

В первом курсе вводят 7 200 000 ЕД пенициллина (при весе больного 60 кг и менее), по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа. При весе более 60 кг на каждый лишний килограмм веса дополнительно прибавляют по 120 000 ЕД пенициллина. После пенициллинотерапии без перерыва курс смешанного лечения: новарсенол в курсовой дозе 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бийохинол — 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Второй курс — пенициллин в той же дозе, что и в первом курсе, и смешанное лечение: новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, 2% цианистая ртуть 20 мл; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бисмоверол 16—20 мл; перерыв 1 месяц.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) в той же дозе, что и в предыдущих курсах, и 10% эмульсия салициловокислой ртути 10—20 мл.

2. Комбинированное лечение без применения пенициллина — шесть курсов по той же схеме, что и лечение первичного серопозитивного и вторичного свежего сифилиса.

Если серологические реакции к началу третьего курса лечения не переходят в отрицательные, следует провести не шесть, а восемь курсов лечения. В последних двух курсах целесообразно назначить осарсол (30—40 г) в сочетании с солями тяжелых металлов.

Больным, ранее получившим специфическую терапию, проводят лечение по одной из двух схем, а именно:

1. Два курса пенициллинотерапии и пять курсов смешанного лечения.

В первом курсе вводят не менее 7 200 000 ЕД пенициллина, по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа, за которым следует без перерыва курс смешанного лечения: новарсенол в курсовой дозе 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Второй курс — пенициллин в той же дозе, что и в первом курсе, и смешанное лечение: новарсенол 5—5,5 г для мужчин и 4—4,5 г для женщин, бисмоверол 16—20 мл; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол в той же дозе, что и в предыдущих курсах, и 2% цианистая ртуть 20 мл; перерыв 1 месяц.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) в той же дозе, что и в предыдущих курсах, бийохинол 40—50 мл; перерыв 1 месяц.

Пятый курс — новарсенол в той же дозе и 10% эмульсия салициловокислой ртути 10—12 мл.

2. Комбинированное лечение без применения пенициллина. Проводят восемь курсов смешанного лечения по той же схеме, что лечение вторичного рецидивного сифилиса, ранее не леченного.

В последних двух курсах рекомендуется вместо новарсенола применять осарсол (30—40 г) в сочетании с одним из препаратов тяжелых металлов.

При третичных формах сифилиса лечение можно проводить по двум схемам.

1. Комбинированное лечение двумя курсами пенициллина и пятью курсами смешанного лечения.

В первом курсе вводят 4 800 000 ЕД пенициллина по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа. К лечению пенициллином в первом курсе приступают после проведения половины курса инъекций висмутовых препаратов (20—25 мл бийохинола). По окончании курса пенициллинотерапии проводят вторую половину лечения висмутом. Одновременно назначают лечение йодистыми препаратами; перерыв 1 месяц.

Второй курс — пенициллин в общей дозе 4 800 000 ЕД по 50 000 ЕД через каждые 2—3 часа. Затем без перерыва назначают курс, состоящий из применения новарсенола и препаратов висмута (бийохинол или бисмо-

верол). Новарсенол вводят после 3—4 инъекций висмутового препарата. Начальная доза новарсенола (миарсенола) 0,15 г, курсовая доза — до 3,5—4 г. Бийохинол на курс 40—50 мл, бисмоверол 16—20 мл. Одновременно больной получает йодистые препараты; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Третий курс — новарсенол в курсовой дозе до 3,5—4 г и 2% цианистая ртуть 20 мл; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) в курсовой дозе до 3,5—4 г, бисмоверол 16—20 мл; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Пятый курс — осарсол 30—40 г и 10% эмульсия салициловокислой ртути 10—12 мл.

В перерывах между третьим-четвертым и четвертым-пятым курсами назначают йодистые препараты.

3. Комбинированное лечение без применения пенициллина проводят в количестве восьми курсов смешанного лечения. Оно должно быть менее интенсивным, чем при лечении больных вторичным сифилисом.

Курсовая доза новарсенола (миарсенола) до 3,5—4 г. Первая доза новарсенола (миарсенола) 0,15 г; висмутовых препаратов; бийохинола до 40—50 мл; бисмоверола до 16—20 мл; ртутных препаратов: 2% цианистой ртути 20 мл или 10% взвеси салициловокислой ртути 10—12 мл.

При соответствующих показаниях можно применить и другие ртутные препараты (1—2% раствор сулемы, 2% раствор двуйодистой ртути и др.).

Одновременно с новарсенолом, висмутовыми или ртутными препаратами назначают приемы йодистых препаратов (йодистого калия, йодистого натрия).

Первый курс лечения новарсенолом следует начинать с 5—6 инъекций препаратов висмута или ртути; в последующих курсах перед введением новарсенола делают 2—3 инъекции солей тяжелых металлов. В первых пяти курсах применяют новарсенол (миарсенол), в шестом и седьмом курсах — осарсол. Восьмой курс лечения проводят одними солями тяжелых металлов. Промежутки между первыми тремя курсами — 1 месяц, в дальнейшем промежутки между курсами могут быть увеличены до $1^1/_2$ месяцев и даже 2 месяцев между последними курсами.

В случаях клинических и серологических рецидивов, а также в серорезистентных случаях необходимо всестороннее обследование больного, включая исследования спинномозговой жидкости. Лечение следует проводить по схемам для больных вторичным рецидивным ранее леченным сифилисом (см. выше), присоединяя к нему неспецифическую терапию (пиротерапия и др.).

В случаях противопоказаний к применению препаратов сальварсана больным можно проводить лечение повторными курсами пенициллина с последующими курсами солей тяжелых металлов. Там, где невозможно применение не только сальварсанных препаратов, но и висмутовых, и ртутных соединений, можно провести лечение повторными курсами одного пенициллина.

Вместо водных растворов пенициллина можно рекомендовать при повторных курсах применение дюрантных препаратов его — новоциллина и экмоновоциллина, которые вводят внутримышечно по 300 000 ЕД 2 раза в сутки, через каждые 12 часов, или по 600 000 ЕД 1 раз в сутки, всего на курс 6 000 000 ЕД. Последние препараты могут быть назначены не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях.

Лечение местных проявлений сифилиса. При первичном сифилисе рекомендуются присыпки: Calomelanos 2,0, Talci veneti 8,0. Весьма способствует рассасыванию склероза серая ртутная мазь или же ртутный пластырь (Emplastrum mercuriale). При мокнущих широких кондиломах в области половых органов применяют присыпки теми же средствами; при наличии мокнущих, эрозивных папул во рту, сифилитической ангины назначают полоскания дезинфицирующими средствами (марганцовокислый калий, перекись водорода, бертолетова соль). Для прижигания

эрозий и язв применяют 5—10% раствор азотнокислого серебра или такой же раствор хромовой кислоты; рекомендуется также смазывание 1% раствором бриллиантовой зелени, раствором новарсенола; одновременно следует принимать внутрь аскорбиновую кислоту по 0,1 г 3 раза в день.

Курортное лечение больных сифилисом. При сифилисе внутренних органов и нервной системы, а также при наличии побочных явлений, вызванных тяжелыми металлами (висмутом, ртутью), очень полезны серные ванны (Пятигорск, Серноводск, Мацеста и др.).

Лечение сифилиса у беременных. Беременные, болевшие сифилисом, даже снятые с учета, должны подвергаться специфическому лечению в течение всей первой беременности, независимо от времени заболевания и проведенного ранее лечения. Нормально протекающая беременность не является противопоказанием к лечению мышьяковыми препаратами.

Беременные должны лечиться тремя методами.

1. Беременным с активными проявлениями сифилиса можно проводить комбинированное лечение с применением пенициллина, новарсенола (миарсенола), висмутовых и ртутных препаратов и без применения пенициллина из трех курсов смешанного лечения. Если лечение начинается во второй половине беременности, то оно проводится пенициллином с висмутовыми препаратами без сальварсана.

Нормально протекающая беременность не является противопоказанием к лечению новарсенолом и миарсенолом.

2. У беременных с повторными резко положительными серологическими реакциями проводят три курса пенициллинотерапии, не менее 6 000 000 ЕД в каждом курсе.

После первого и второго курсов, не делая перерыва, лечение продолжают висмутовыми препаратами; перерыв между курсами 1 месяц.

3. У беременных, хорошо леченных в прошлом, а также у снятых с учета во время первой беременности, лечение проводят, как у беременных с повторными резко положительными серологическими реакциями.

Лечение детей, больных сифилисом. 1. Дети без клинических и серологических симптомов, родившиеся от больных сифилисом матерей, нелеченных или плохо леченных, подлежат немедленному специфическому лечению.

2. Дети без клинических и серологических симптомов, родившиеся от матерей, получавших лечение до или во время беременности, подлежат только наблюдению.

3. Дети без клинических или серологических симптомов, родившиеся от матерей, больных сифилисом, хорошо леченных до и во время беременности, подлежат наблюдению.

4. Лечение детей, больных врожденным сифилисом, проводится по хронически перемежающемуся методу; всюду, где это возможно, следует отдать предпочтение схемам лечения, в которые включен пенициллин.

5. Лечение должно начинаться возможно раньше и проводиться возможно интенсивнее.

6. При лечении детей применяют в соответствующих дозировках те же противосифилитические средства, которыми пользуются при лечении взрослых: пенициллин, новарсенол, миарсенол, осарсол, висмут, ртуть.

7. При лечении детей, больных ранним врожденным сифилисом, проводят восемь курсов лечения с промежутком между первыми курсами в 1—1½ месяца, между шестым и седьмым, седьмым и восьмым курсом промежуток может быть увеличен до 2 месяцев.

8. Введение новарсенола, миарсенола грудным детям, особенно с поражением внутренних органов, необходимо начинать после нескольких инъекций ртути или висмута.

9. Помимо возраста, при назначении лечения необходимо учитывать и вес ребенка. Как новарсенол, так и миарсенол вводят детям до года из

расчета 0,01—0,02 г на 1 кг веса ребенка. Дозировку повышают постепенно: первое вливание 0,01 г, второе — 0,015 г, третье — 0,02 г на 1 кг веса; при хорошей переносимости предыдущих вливаний в дальнейшем дозировка остается та же и после третьего вливания не повышается.

Промежутки между вливаниями равняются 5 дням.

Если у ребенка после вливания повышается температура, появляется рвота или частый стул, дозу на следующее вливание не только не повышают, а в некоторых случаях, в зависимости от состояния ребенка, даже снижают; иногда приходится увеличивать промежутки между вливаниями. Для детей слабых, с повышенной температурой, с нервным и висцеральным сифилисом первая доза может быть ниже, а именно 0,005 г на 1 кг веса, для последующих вливаний дозировка повышается постепенно. Разовая доза для ребенка в возрасте до одного года при последующих вливаниях не должна превышать 0,1—0,15 г, в зависимости от веса.

За весь курс грудной ребенок до года получает от 0,8 до 1,25 г новарсенола. Количество вливаний колеблется от 10 до 12. Для детей в возрасте от 1 года до 3 лет самой большой дозой на 1 кг веса является 0,015 г (0,01 г на первое, 0,01 г на второе и 0,015 г на третье вливание на 1 кг веса). На остальные вливания дозировка новарсенола (миарсенола) остается та же, т. е. 0,015 г на 1 кг веса. Разовая доза для детей в возрасте от 1 года до 3 лет колеблется от 0,05 до 0,2 г; всего за курс от 1,5 до 2 г новарсенола (миарсенола).

Дети от 3 до 5 лет получают не более 0,015 г на 1 кг веса [для первого вливания 0,01 г, для второго и последующих 0,015 г новарсенола (миарсенола) на 1 кг веса]. Разовая доза для этого возраста колеблется от 0,1 до 0,25 г новарсенола (миарсенола). На курс дети в возрасте от 3 до 5 лет получают от 2 до 2,5 г новарсенола (миарсенола).

Для детей в возрасте от 5 до 10 лет разовая доза для первого вливания равняется 0,1 г новарсенола (миарсенола) и повышается постепенно до 0,3 г на пятое и остальные вливания. Всего на курс дети в этом возрасте получают от 2,5 до 3 г новарсенола (миарсенола).

Для детей в возрасте от 10 до 15 лет разовая доза может быть доведена до 0,3 г и курсовая до 3—3,5 г при хорошем весе и хорошем общем состоянии ребенка.

Новарсенол вводят грудным детям в вену головы, локтевые и яремные вены.

Детям в возрасте до одного года при внутривенном вливании новарсенол вводят в слабо концентрированном растворе: не менее чем в 1,5 мл дистиллированной свежестерилизованной воды. Для детей после года новарсенол растворяют из расчета 0,1 г на 1 мл воды. Миарсенол любой дозы растворяют не более чем в 1 мл воды.

Растворы новарсенола (миарсенола) готовят непосредственно перед вливанием.

Детям в возрасте от 1 года до 5 лет, больным ранним врожденным и поздним врожденным сифилисом, в последних курсах можно применять осарсол.

Противопоказаниями к применению сальварсанных препаратов у детей в возрасте до 3 лет в основном являются присоединившиеся инфекционные заболевания, острые расстройства желудочно-кишечного тракта (повторная рвота, упорные обильные срыгивания, частый и жидкий стул, особенно с примесью крови). В случаях нерезко выраженных диспепсий применение новарсенола (миарсенола) не дает ухудшения. У детей старших возрастов противопоказания те же, что и у взрослых.

Осложнения у детей в возрасте до 3 лет, вызванные введением сальварсанных препаратов, наблюдаются реже, чем у взрослых, и протекают обычно легко. Эти осложнения сводятся к небольшому повышению температуры (не выше 38°) и расстройству со стороны желудочно-кишечного тракта (срыгивания, реже рвота, диспепсический стул). Эти явления

исчезают обычно через 2—3 дня и не служат препятствием для дальнейшего лечения. В детском возрасте дерматиты встречаются редко и протекают обычно легко.

10. Бийохинол вводят ребенку из расчета 0,1 мл взвеси, бисмоверол — из расчета 0,05 мл взвеси, 1% раствор цианистой ртути — из расчета 0,1 мл на 1 кг веса ребенка. Висмутовые и ртутные инъекции делают внутримышечно через каждые 2 дня.

Осложнения при применении висмутовых и ртутных препаратов сводятся главным образом к раздражению, реже воспалению почек и стоматитам (у детей старше года). При применении висмутовых препаратов могут появляться висмутовые клетки в моче и висмутовая каемка на деснах.

Втирания серой ртутной мази могут производиться только после 6—8 месяцев жизни и из расчета 0,1 г мази на 1 кг веса ребенка. Применение ртутных препаратов противопоказано у детей слабых, с явлениями анемии, с туберкулезной интоксикацией.

Исследование мочи необходимо производить один раз в 5 дней.

11. В первом курсе лечения ребенку следует вводить сальварсанные препараты в сочетании с бийохинолом, в дальнейшем висмутовые и ртутные препараты чередуются при обязательном введении сальварсанных препаратов в каждом курсе при обычном комбинированном лечении (без применения пенициллина).

12. Лечение детей с явлениями позднего врожденного сифилиса проводят по общим принципам лечения третичного сифилиса в соответствующих возрасту дозировках, восемь курсов лечения.

I. Лечение пенициллином детей, больных сифилисом

а) Детям грудного возраста — до 6 месяцев, больным врожденным сифилисом, проводят шесть курсов лечения.

Первый, второй и третий курсы — пенициллинотерапия. В первом курсе пенициллин растворяют в физиологическом растворе. Последующие курсы можно проводить дюрантными препаратами пенициллина (экмоновоциллин, новоциллин), которые вводят внутримышечно с равными промежутками 2 раза в сутки.

На каждую инъекцию вводят половину суточной дозы пенициллина, соответствующей возрасту ребенка. Перерывы между курсами лечения пенициллина — 2 недели.

Четвертый курс комбинированный: новарсенол (миарсенол) и бийохинол (бисмоверол); перерыв 1 месяц.

Пятый курс — пенициллинотерапия; перерыв три недели.

Шестой курс комбинированный: новарсенол (миарсенол) и 1% раствор цианистой ртути; для уменьшения болезненности к раствору ртути можно присоединять новокаин.

Таким образом, ребенок получает три первых курса пенициллина и два последующих комбинированных, между которыми еще раз проводят курс пенициллинотерапии.

Курсовую дозу пенициллина для детей в возрасте до 6 месяцев доводят до 500 000 ЕД на 1 кг веса, но она должна быть не менее 2 000 000 ЕД на курс. Суточная доза составляет 180 000 ЕД. Препарат вводят по 30 000 ЕД на инъекцию через каждые 4 часа. Продолжительность курса в среднем 2—3 недели.

Во избежание реакции обострения, особенно у ослабленных детей, не получавших ранее противосифилитического лечения, в течение первых 2—3 дней пенициллин вводят через каждые 4 часа по 2500 ЕД, в последующие 2—3 дня — по 5000 ЕД, затем в течение 2 дней — по 10 000 ЕД и следующие два дня — по 20 000 ЕД.

В дальнейшем вводят полную разовую дозу — 30 000 ЕД. В последующих курсах, начиная с первого дня лечения, вводят по 30 000 ЕД пенициллина через каждые 4 часа; суточная доза — 180 000 ЕД.

б) Дети в возрасте от 6 месяцев до 1 года получают шесть курсов лечения теми же препаратами и в той же последовательности, что и дети в возрасте до 6 месяцев.

Курсовую дозу пенициллина для детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года доводят до 400 000 ЕД на 1 кг веса, но она составляет не менее 3 000 000 ЕД на курс.

Суточная доза равна 240 000 ЕД. Препарат вводят по 40 000 ЕД на инъекцию через каждые 4 часа.

Во избежание реакции обострения в первом курсе пенициллинотерапии у детей, не получавших ранее специфического лечения, разовые дозы пенициллина вводят следующим образом: первый день — 5000 ЕД на каждую инъекцию, во 2-й день — 10 000 ЕД, в 3-й день — 15 000 ЕД, в 4-й день — 20 000 ЕД, в 5-й день — 30 000 ЕД. Начиная с 6-го дня вводят полную разовую дозу в 40 000 ЕД.

В последующих курсах, начиная с первого дня лечения, пенициллин вводят по 40 000 ЕД через каждые 4 часа.

Суточная доза 240 000 ЕД.

в) Дети раннего возраста (от 1 года до 5 лет) получают шесть курсов лечения теми же препаратами и в той же последовательности, что и дети грудного возраста.

Курсовую дозу пенициллина доводят до 300 000 ЕД на 1 кг веса, но она должна быть не менее 3 000 000 ЕД на курс лечения.

Суточная доза составляет 300 000 ЕД, разовая — 50 000 ЕД, вводится через каждые 4 часа.

Детям, не получавшим ранее противосифилитического лечения, пенициллин вводят в течение первого дня каждые 4 часа по 5000 ЕД, 2-й день — по 10 000 ЕД, 3-й день — по 15 000 ЕД, 4-й день — по 20 000 ЕД, 5-й день — по 30 000 ЕД. Начиная с 6-го дня вводят полную разовую дозу — 50 000 ЕД.

В последующих курсах, начиная с первого дня лечения, пенициллин вводят по 50 000 ЕД через каждые 4 часа.

Суточная доза — 300 000 ЕД.

г) При позднем врожденном сифилисе проводят восемь курсов лечения: первый, второй, третий, пятый, седьмой курсы — пенициллинотерапия, четвертый, шестой, восьмой курсы — смешанное лечение препаратами сальварсана, висмута и ртути.

После первых трех курсов пенициллинотерапии происходит чередование обычного лечения с пенициллинотерапией: после каждого смешанного курса проводят курс пенициллинотерапии. Курсовая доза пенициллина составляет 200 000 ЕД на 1 кг веса, но не менее 4 000 000 ЕД на курс. Суточная доза у детей в возрасте от 5 до 10 лет составляет 360 000 ЕД, у детей от 10 до 15 лет — 420 000 ЕД. Детям в возрасте от 5 до 10 лет пенициллин вводят по 60 000 ЕД, а детям в возрасте от 10 до 15 лет — по 70 000 ЕД через каждые 4 часа.

Во избежание реакции обострения у детей, не получавших ранее противосифилитического лечения, пенициллин в течение первых дней лечения вводят в значительно меньших разовых дозах: первый день — по 10 000 ЕД, 2-й день — по 15 000 ЕД, 3-й день — по 20 000 ЕД, 4-й день — по 30 000 ЕД, 5-й день — по 40 000 ЕД. Начиная с 6-го дня детям в возрасте от 5 до 10 лет вводят полную разовую дозу — 60 000 ЕД, а в возрасте от 10 до 15 лет — 70 000 ЕД.

Больные с активными тяжелыми специфическими поражениями центральной нервной системы и внутренних органов, не получавшие ранее противосифилитического лечения, должны перед курсом пенициллинотерапии получить один курс лечения солями тяжелых металлов (висмут или ртуть).

II. Лечение детей, больных сифилисом, без применения пенициллина

а) Лечение детей в возрасте до 6 месяцев проводят шестью смешанными курсами.

Первый курс — новарсенол (миарсенол) и бийохинол; перерыв 1 месяц.

Второй курс — новарсенол (миарсенол) и бийохинол; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол (миарсенол) и 1% цианистая ртуть; перерыв 1 месяц.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) и бисмоверол; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Пятый курс — новарсенол (миарсенол) и 1% цианистая ртуть или курс втираний серой ртутной мази; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Шестой курс — новарсенол (миарсенол, осарсол) и бийохинол.

б) Лечение детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года проводят шестью смешанными курсами, теми же препаратами и в той же последовательности, как и детей в возрасте до 6 месяцев.

Примечание. При лечении детей, особенно грудного и раннего возраста, больных врожденным или приобретенным сифилисом, в случае развития интеркуррентного заболевания иногда приходится на время прекращать обычное смешанное лечение (новарсенол + висмут или ртуть) и назначать пенициллин. В таких случаях лечение пенициллином следует доводить до курсовой дозы соответственно возрасту ребенка.

в) Лечение детей в возрасте от 1 года до 5 лет проводят шестью смешанными курсами теми же препаратами и в той же последовательности, как и лечение детей в возрасте до одного года, если лечение начато впервые в этом возрасте. Если же лечение должно проводиться по поводу рецидивных явлений врожденного сифилиса у ребенка в возрасте от 1 года до 5 лет, ранее недостаточно леченного, то следует провести восемь смешаных курсов.

Первый курс — новарсенол (миарсенол) и бийохинол; перерыв 1 месяц.

Второй курс — новарсенол (миарсенол) и бийохинол; перерыв 1 месяц.

Третий курс — новарсенол (миарсенол) и 1% цианистая ртуть; перерыв 1 месяц.

Четвертый курс — новарсенол (миарсенол) и бисмоверол; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Пятый курс — новарсенол (миарсенол) и 1% цианистая ртуть; перерыв $1^1/_2$ месяца.

Шестой курс — новарсенол (миарсенол) и бийохинол; перерыв 2 месяца.

Седьмой курс — осарсол и втирания серой ртутной мази (или один из препаратов растворимой ртути); перерыв 2 месяца.

Восьмой курс — осарсол и бийохинол.

г) Лечение детей в возрасте от 5 до 15 лет проводят восемью смешанными курсами теми же препаратами и в той же последовательности, как и при рецидивах раннего врожденного сифилиса в соответственных возрасту дозировках. В перерывах между курсами рекомендуется давать внутрь препараты йода.

Профилактическое лечение. Все дети, родившиеся от матерей, болевших сифилисом, независимо от качества полученного матерями лечения подвергаются обязательному клиническому и серологическому обследованию в первые 3 месяца жизни. Кроме обследования кожных покровов, слизистых, внутренних органов и нервной системы, проводится также осмотр глазного дна, исследование спинномозговой жидкости, костной системы с рентгенограммой конечностей.

Дети, у которых отсутствуют клинические симптомы, серологические реакции отрицательные, а матери болели сифилисом и получали хорошее лечение до и во время беременности, лечению не подлежат и нуждаются лишь в диспансерном наблюдении в течение 5 лет.

Дети, у которых отсутствуют клинические и серологические симптомы, а матери получали привентивное лечение до или во время беременности, подлежат только диспансерному наблюдению в течение 5 лет.

От матерей, болевших сифилисом и не леченных или плохо леченных, дети, хотя и не имеющие клинических симптомов, с отрицательными серологическими реакциями, подлежат немедленному так называемому профилактическому лечению.

Профилактическое лечение должно проводиться немедленно после обследования в первые месяцы жизни и не позже пятилетнего возраста ребенка.

В случае установления позднего врожденного сифилиса у старших братьев или сестер профилактическое лечение целесообразно проводить младшим детям и в более позднем возрасте.

Профилактическое лечение должно состоять из трех курсов: из двух пенициллиновых и третьего, состоящего из пенициллина и бийохинола.

Если профилактическое лечение проводится без пенициллина, необходимо проводить три полных смешанных курса с разовыми и курсовыми дозами препаратов сальварсана, висмута и ртути, соответствующими возрасту ребенка.

Дети, получившие профилактическое лечение, должны по окончании его находиться под диспансерным наблюдением в течение 5 лет.

Из инструкции по лечению б о л ь н ы х в и с ц е р а л ь н ы м с и ф и л и с о м. Строго патогномоничных признаков, безусловно показательных для ранних висцеральных сифилитических поражений, не существует.

Обычно приходится руководствоваться всем симптомокомплексом заболеваний, наличием других проявлений сифилиса, положительными серореакциями крови и даже иногда результатами специфического лечения. Лечение сифилитических поражений внутренних органов должно, как правило, быть специфическим и сопровождаться, в зависимости от тяжести внутреннего поражения, симптоматической терапией на общих основаниях. Огромное значение имеет охранительный режим, лечебное питание, витаминотерапия, медикаментозная терапия и физические методы лечения.

Надо помнить, что в начале лечения нередко наблюдается обострение болезненного процесса (реакция Геркегеймера), которое может ухудшить состояние больного.

Поэтому при лечении больных сифилитическими поражениями внутренних органов приходится быть особенно осторожным, следить за течением заболевания и результатами лечения. В сомнительных или тяжелых случаях рекомендуется направлять больных в стационар. Следует начинать с менее мощного, менее активного препарата, а затем постепенно переходить к наиболее активнодействующему, стараясь избегать реакции обострения.

В случае осложнений со стороны внутренних органов, развившихся в результате специфического лечения, последнее прекращается и возобновляется тогда, когда осложнение проходит. При этом состояние пораженного органа необходимо контролировать соответствующими функциональными пробами.

При назначении специфического лечения должно учитываться функциональное состояние больных органов, а также общее состояние и возраст больного. Чем свежее сифилитическое заболевание, тем энергичнее должна быть специфическая терапия и тем короче могут быть интервалы между отдельными курсами.

При поздних сифилитических заболеваниях внутренних органов необходимо учитывать большую склонность организма к склеротическим инду-

ративным процессам, а также и то, что в важных для жизни органах могут быть массивные гуммозные изменения. Поэтому при поздних сифилитических поражениях внутренних органов специфическая терапия должна быть осторожной, лечение йодистыми препаратами должно предшествовать назначению дальнейшего противосифилитического лечения. Больным с поздними сифилитическими заболеваниями внутренних органов показано лечение пенициллином и солями тяжелых металлов. Большинству больных пенициллинотерапию следует начинать после предварительного подготовительного лечения висмутовыми и ртутными препаратами. Этим больным показаны также втирания серой ртутной мази.

Больным с поздними сифилитическими поражениями внутренних органов, особенно трудно поддающимся обычной противосифилитической терапии, следует рекомендовать курортное лечение (Пятигорск, Серноводск, Цхалтубо, Мацеста).

Следует помнить, что у ряда больных сифилитическими поражениями внутренних органов, особенно у больных с поражениями аорты, одновременно отмечаются симптомы сифилитического поражения центральной нервной системы.

При назначении больным противосифилитического лечения подобного рода нужно одновременно учитывать состояние их внутренних органов и нервной системы. Исходя из этой же предпосылки, следует назначать и симптоматическую терапию.

Снятие с учета больных, закончивших лечение

1. Критерием излечения следует считать: а) качество проведенного лечения; б) данные клинического, рентгенологического обследования (кожа, слизистые, внутренние органы, нервная система и органы чувств); в) данные лабораторного исследования.

2. Больных, начавших лечение в стадии первичного серонегативного сифилиса, снимают с учета после трех курсов полноценного лечения и по истечении 2 лет наблюдения, в течение которых каждые 3—6 месяцев производится серологический контроль.

Лица, получавшие превентивное лечение, снимаются с учета после года наблюдения.

3. Больных, начавших лечение в стадии первичного серопозитивного, вторичного свежего, вторичного рецидивного и вторичного скрытого серопозитивного сифилиса, снимают с учета после шести курсов полноценного лечения и 5 последующих лет наблюдения.

При вторичном рецидивном сифилисе, в зависимости от сроков перехода серологических реакций в отрицательные, проводят от шести до восьми курсов лечения.

4. Больных, начавших лечение в третичном периоде сифилиса или третичном скрытом периоде, снимают с учета после восьми курсов лечения и 5 последующих лет наблюдения.

5. Больных, у которых диагноз сифилиса в прошлом твердо установлен, но которые недостаточно лечились, не берут на учет, если с момента заражения прошло больше 10 лет; во всех остальных случаях больные должны после соответствующего лечения находиться под наблюдением диспансеров в течение 5 лет.

6. Больные серорезистентным сифилисом снимаются с учета после восьми курсов полноценного лечения при добавлении неспецифической терапии в последних курсах и при условии последующего наблюдения в течение 5 лет.

7. Больные врожденным сифилисом (все формы), получившие восемь курсов полноценного лечения с последующим наблюдением в течение 5 лет, снимаются с учета после клинической, серологической, ликворологической и рентгенологической проверки.

8. Больные свежим сифилисом, работающие в детских учреждениях и учреждениях общественного питания, могут быть допущены к работе после проведения полноценного курса лечения и при условии систематического лечения в дальнейшем. Это касается работников всех предприятий по изготовлению, хранению и продаже пищевых продуктов, предприятий по санитарно-гигиеническому обслуживанию населения, сооружений по водоснабжению, фасовочных цехов, фармацевтических заводов и аптек, молочных кухонь, пунктов сбора грудного молока, а также работников детских лечебных учреждений, домов инвалидов, санаториев и домов отдыха, связанных с непосредственным обслуживанием детей и больных.

Лечение больных сифилисом фельдшер может проводить только под контролем врача-специалиста; фельдшер, проводящий специфическое лечение больного венерической болезнью на фельдшерском пункте должен снабдить больного справкой о проведенном курсе и направить больного к районному венерологу или участковому врачу для обследования и получения дальнейших инструкций. При приеме на работу больного сифилисом, получившего соответствующее специфическое лечение, фельдшер должен согласовать этот вопрос с соответствующим венерологическим учреждением (венерологический диспансер и др.).

Профилактическая работа. С каждым больным венерической болезнью, который обращается на фельдшерский пункт, фельдшер обязан вести систематическую индивидуальную санитарно-просветительную работу, подробно разъясняя больному элементарные понятия о сущности венерических болезней, о его поведении в быту или на производстве, об опасности заражения других лиц, о профилактике венерических болезней.

Больным в доступной форме следует разъяснять основы павловского охранительного режима, указать, что только при соблюдении аккуратного лечения и соответствующего режима болезнь может быть быстро ликвидирована. Профилактическая работа должна проводиться не только среди больных, но и среди здорового населения, используя для этой цели поликлиники, амбулатории, клубы и другие культурно-просветительные учреждения.

Эта работа особенно важна в сельских местностях. Необходимо всеми методами добиться ознакомления населения участка с сущностью венерических заболеваний, с путями заражения, мерами личной и общественной профилактики.

Эффективность профилактических мероприятий в большой мере зависит от умения и энергичной работы фельдшеров и других медицинских работников сельского участка.

После обнаружения болезни особенно важно фельдшеру добиться обнаружения источников заражения, обследования членов семьи больного и лиц, находящихся в контакте с ним.

Фельдшер никогда не должен забывать, что профилактическая работа является основным звеном в борьбе за дальнейшее снижение венерических болезней.

Общие замечания по лечению больных сифилисом

При беременности, туберкулезе, тяжелых заболеваниях центральной нервной системы (эпилепсии и др.), при психической травме, сифилитическом поражении внутренних органов и сосудов во избежание бурной реакции Геркстеймера рекомендуется начинать лечение пенициллином с половинной разовой дозы, постепенно повышая ее.

В случае абсолютной непереносимости обычной специфической терапии лечение пенициллином проводят в количестве от двух до четырех курсов с 3—4-недельным перерывом, в зависимости от стадии сифилиса.

В первом курсе комбинированного лечения сифилиса (пенициллин + + сальварсанные препараты и соли тяжелых металлов) больным заразными формами сифилиса проводят только половину курса в стационарных условиях; остальная часть курса может быть проведена в амбулатории или диспансере. Венерологические учреждения, проводящие лечение сифилиса одним пенициллином и пенициллином в сочетании с другими антисифилитическими препаратами, обязаны проводить систематическое наблюдение за взрослыми по крайней мере в течение 5 лет, а за детьми — в течение 10 лет (не снимать с учета!).

ТВЕРДЫЙ ШАНКР см. *Сифилис.*

ЧЕТВЕРТАЯ ВЕНЕРИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ (LYMPHOGRANULOMA INGUINALE). Заражение происходит чаще всего половым путем. Инкубационный период длится 1—3 месяца. На территории СССР в последние годы почти не встречается.

Симптомы и течение. Заболевание часто сопровождается повышением температуры, головной болью, слабостью, недомоганием, чувством разбитости и другими общими явлениями. Локализация поражения: паховые лимфатические узлы, реже — область заднего прохода и прямой кишки. Узлы увеличиваются, становятся плотными и безболезненными. С течением времени они размягчаются, вскрываются, образуя свищи. Заболевание протекает длительно; иногда отмечается слоновость половых органов.

Лечение. Сульфаниламидные препараты в дозах по 1 г 4—5 раз в день в течение 15—30 дней; биомицин, террамицин по 0,2 г 4—5 раз в день, всего 30—40 таблеток; парентеральное введение пенициллина в количестве до 10 000 000—12 000 000 ЕД на курс. Препараты сурьмы (внутривенно и внутримышечно), рентгенотерапия, электрокоагуляция, инъекции антигена Фрея.

При незначительном одностороннем поражении паховых лимфатических узлов показано их удаление хирургическим путем. Применяют также аутогемотерапию по 5 мл через день и внутримышечные инъекции молока по 3—5 мл через 1—2 дня, всего 5—6 инъекций.

ГЛАВА XIV

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

АУТОГЕМОТЕРАПИЯ. Введение больному собственной крови. Необходимо иметь 5—10-граммовый шприц с иголками. После дезинфекции инструментов, рук врача и кожи больного в локтевом сгибе берут обычным способом (см. *Венепункция*) 3—5 мл крови и быстро вводят ее в заранее подготовленное место внутримышечно (см. *Впрыскивание внутримышечное*). Лучше всего вводить кровь в наружные мышцы бедра или в ягодицы.

Иногда пользуются гемолизированной (лаковой) кровью. До взятия крови из вены в шприц набирают 8 мл воды двойной дистилляции, а затем в него же набирают 2 мл крови. Затем быстро извлекают иглу, 2—3 раза производят вращательные движения полным шприцем для лучшего смешения и растворения крови и быстро вводят внутримышечно содержимое шприца в соответствующее место.

БАНКИ БИРА. Дно банки имеет широкое отверстие со стеклянным наконечником, на который надевается резиновый баллон. Чтобы поставить банку, следует выжать рукой воздух из баллона, плотно приставить банку к коже и постепенно отпускать баллон. Часть воздуха, находящегося в банке, перейдет в баллон, в банке получится отрицательное давление, и она присосется к коже. Чтобы снять бировские банки, следует вновь сжать баллон. Действие их аналогично действию обычных сухих банок.

БАНКИ СУХИЕ. Банки ставят на различные места тела, чаще на грудную клетку (при застое крови в малом круге кровообращения, при воспалительных процессах в органах дыхания) и поясницу.

Банки (до 20—30 в один прием) ставят больному в лежачем положении на ровное место, где нет костных выступов, углублений; на спине банки ставят под лопаткой, между позвоночником и лопаткой. Чтобы банки прилегали плотнее, кожу предварительно смазывают вазелином, особенно если тело покрыто волосами. Заранее приготовляют нужное количество банок и ставят их на столик около больного. На металлическую палочку с нарезкой или на пинцет навертывают сравнительно большой ватный тампон, который смачивают в спирту, зажигают и вводят снизу в полость банки, как бы смазывая ее, затем быстро вынимают пинцет и немедленно плотно приставляют банку к коже; тотчас берут следующую банку и ставят ее таким же образом рядом. Когда спирт на тампоне весь сгорит и начнет гореть вата, огонь тушат, тампон снова смачивают спиртом и зажигают; процедура повторяется до тех пор, пока не будут поставлены все банки. После того как банки поставлены, больного прикрывают одеялом; до снятия банок он должен лежать спокойно.

При постановке банок нужно быть осторожным. Если тампон очень сильно смочен спиртом, то капля горящего спирта может упасть на кожу больного и вызвать ожог. Поэтому, вынимая тампон из спирта, надо стряхнуть его, а затем уже зажечь. Нужно следить за тем, чтобы края банки не очень сильно нагревались, так как это вызывает у больного ожог, а также за тем, чтобы не спалить больному волосы, не поджечь

рубашку и пр. Следует избегать накручивать ватный тампон на деревянную палочку, так как она около основания тампона может незаметно перегореть и тогда горящий тампон упадет на кожу больного.

Благодаря получающемуся в банке отрицательному давлению кожа всасывается в банку, кровеносные сосуды в данном месте расширяются, получается прилив крови к коже и кожа краснеет. От быстрого прилива крови происходит не только расширение кровеносных сосудов, но и разрыв капилляров. На коже образуются точечные кровоизлияния, а иногда и небольшие пузырьки, наполненные жидкостью, выступившей из кровеносных сосудов. Банки обыкновенно держат в течение 10—15 минут, затем осторожно снимают; при этом одной рукой банку слегка отклоняют в сторону, а с противоположной стороны около самого края ее нажимают на кожу пальцем, чтобы в банку вошел воздух — тогда банка сама отпадает.

БИОПСИЯ (прижизненное иссечение кусочков тканей или органов для микроскопического исследования). Производится врачом-хирургом в случаях, когда обычными методами нельзя установить диагноз, чаще всего при подозрении на злокачественное образование. Биопсия производится асептически. Больного укладывают на операционный стол. Руки хирурга и операционное поле тщательно обеззараживают спиртом и йодом. Из пораженной ткани вместе с частью соседней здоровой скальпелем вырезают клиновидный кусочек, который фиксируют в спирту или формалине и направляют на микроскопическое исследование. Кровотечение из ранки останавливают наложением одного-двух швов. После биопсии через 2—3 дня больной может быть выписан домой.

БУЖИРОВАНИЕ. Применяется для расширения суженного пищевода или мочеиспускательного канала. Сужение развивается после воспалительных процессов (или ожогов) с последующим образованием соединительной ткани и рубцов, а также вследствие сдавления опухолью.

Для бужирования уретры (мочеиспускательного канала) употребляются твердые металлические или мягкие эластические бужи различного диаметра. Самый тонкий буж в диаметре имеет 1 мм, каждый следующий на $^1/_6$, $^1/_3$ или $^1/_2$ мм толще; самый толстый — 1 см. Начинают бужирование с самого тонкого бужа. Буж оставляют в канале 20—30 минут, затем его удаляют и вводят следующий номер. Бужирование проводит врач ежедневно, постепенно увеличивая толщину бужа. Бужирование следует производить стерильными бужами, которые предварительно обливают стерильным растительным маслом или глицерином.

Для бужирования пищевода применяют полутвердые эластические (гибкие) бужи длиной 60—80 см и толщиной 0,5—1,5 см или гибкие металлические бужи, состоящие из гибкого металлического стержня, на конец которого навинчиваются металлические оливы разного калибра. Начинают с наиболее тонкого бужа, а затем постепенно переходят к следующим номерам. Бужирование пищевода также проводит врач.

ВАННЫ ВОДЯНЫЕ. Ванна гигиеническая. Приготовляется для мытья больного: температура воды 36—37°. На ванну взрослого идет в среднем 25—30 ведер, или 250—300 л воды. Если позволяет состояние больного, он моется сам; слабых больных моет ванщица. Больного необходимо тщательно вымыть мочалкой с мылом, причем особое внимание нужно обращать на складки тела, где задерживается больше пота и грязи (подмышечные впадины, паховая область, пальцы ног, грудные железы полных женщин, половые органы и задний проход), а также на части тела, покрытые волосами, где могут находиться насекомые. Для слабых больных приготовляют иногда так называемую полуванну, т. е. наливают столько воды, чтобы она покрывала только ноги и низ живота. Ванщица моет все тело больного, а затем обливает его чистой водой.

Ванна лечебная местная. Если нужно воздействовать на какую-либо часть тела, пользуются местными ваннами. К ним относятся си-

дячие, ручные, ножные и другие ванны. Местные ванны можно делать более низкой и более высокой температуры и продолжительнее, чем общие ванны. Для местных ванн изготовляется соответствующая посуда. В сидячей ванне вода покрывает таз, нижнюю часть живота до пупка и верхнюю часть бедер. Ручные ванны можно делать в любой посуде, в которой вода покроет руку: в тазу, лоханке, миске и пр. Для ножных ванн пользуются специальными высокими ваннами в виде удлиненного ведра. Для нижней части голени и для стопы можно пользоваться любой домашней посудой.

В местные ванны прибавляют те или другие лекарственные вещества: горчицу, соль (см. *Ванны лекарственные*), марганцовокислый калий и др.

Ванна лечебная общая. По температуре различают холодные ванны — ниже 20°, прохладные — от 20 до 34°, индифферентные (безразличные) — 35—36°, теплые — 36—38°, горячие — 38—42°. Ванна должна быть наполнена водой прежде, чем в нее будет посажен больной. Чтобы не выделялось много пара, наливают сначала холодную воду, а затем горячую. Во время наполнения ванны водой ее размешивают, чтобы вода была всюду одинаковой температуры; для измерения температуры воды в ванне пользуются специальным водяным термометром в деревянной оправе, чтобы он не тонул и не разбился о дно ванны. Определять температуру по водяному термометру нужно, не вынимая его из воды. В среднем больной находится в ванне 10—20 минут, в холодной — 3—5 минут. При горячей ванне на голову кладут холодный компресс или резиновый мешок со льдом.

ВАННЫ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ. Горчичные ванны. Сухую горчицу 250—400 г (на взрослого человека) в марлевом мешочке кладут в теплую ванну и отжимают ее. Ванны делают теплые. Больных держат в ванне до покраснения кожи, в среднем 5—15 минут. Ванну покрывают простыней или, еще лучше, одеялом, оставляя свободной только голову больного, чтобы пары горчицы не раздражали слизистую оболочку глаз и верхние дыхательные пути. После ванны больного нужно облить теплой водой, чтобы смыть с кожи частицы горчицы, а затем насухо вытереть теплой простыней и укутать теплым одеялом.

Крахмальные ванны. Крахмал от 0,5 до 1 кг разводят в холодной воде, затем растворяют в теплой и вливают в ванну. В теплой крахмальной ванне больной может находиться 30—60 минут и даже больше. После ванны больного следует обмыть теплой водой.

Соленые ванны. На ванну для взрослого кладут от 2 до 8 кг поваренной или морской соли. Температура ванны 36—38°. Продолжительность 10—20 минут. После ванны облить больного теплой водой и насухо вытереть.

Ванны с отрубями. Отруби пшеничные или миндальные кладут в мешочек из тонкой неплотной материи (марлевой), отваривают с 1—2 л воды; полученный отвар вливают в ванну, туда же кладут мешочек с отрубями. С отрубями готовят теплые ванны.

Хвойные ванны. На ванну употребляют 50 г соснового экстракта. Часто экстракт разводят в соленой ванне (солено-хвойная ванна). Продолжительность пребывания в ванне 15—30 минут.

ВЕНЕПУНКЦИЯ. Кровь обычно берут из вен предплечья, в локтевом сгибе. Иглу нужно брать потолще; через тонкую иглу вязкая кровь может не пойти или свернуться внутри нее. Стерилизацию инструментов, кожи больного и рук персонала нужно производить особенно тщательно (см. *Впрыскивания подкожные*). Кожу локтевого сгиба протирают спиртом и эфиром. Если для дезинфекции кожи употребляют йод, то потом это место обтирают эфиром, который растворяет йод (через кожу, смазанную йодом, плохо видны вены). Затем на плечо накладывают резиновый жгут или простую резиновую трубку, чтобы были сдавлены только вены. Правильность наложения жгута проверять по пульсу; если пульс

прощупывается, значит, артерии не сжаты. Если во время взятия крови больной сидит на стуле, то он кладет на стол обнаженную вытянутую руку, совершенно разогнутую в локтевом сгибе; в постели больной лежит на спине и ему подкладывают под локтевой сгиб подушку, чтобы рука была разогнута. Под руку подкладывают клеенку, чтобы не запачкать белье кровью.

Иглу берут правой рукой большим и указательным пальцами за канюлю; левой рукой фиксируют вену, которая под кожей легко перемещается. Прокол нужно делать под острым углом, чтобы проколоть кожу и переднюю стенку вены; затем ее надо немного продвинуть почти параллельно коже. Удобнее иглу вводить отверстием кверху. *Если еще нет* достаточного опыта, чтобы не проколоть противоположной стенки, следует вводить иглу отверстием книзу. Вытекающая из иглы кровь говорит о том, что игла находится в вене. На всякий случай всегда должен быть приготовлен стерильный шприц, подходящий к данной игле. Иногда слишком вязкая кровь выходит в недостаточном количестве. Тогда, не вынимая иглы, осторожно надевают на нее шприц, которым вытягивают кровь из вены. Если кровь берут для исследования, то шприц должен быть сухим, так как в мокром шприце произойдет частичный гемолиз (растворение эритроцитов). После взятия нужного количества крови сначала распускают жгут, затем вынимают из вены иглу, смазывают ранку йодом и заклеивают ее ваткой с коллодием или клеолом.

ВЕНЕСЕКЦИЯ (вскрытие вены). Производится в том случае, если периферические вены предплечья плохо выражены и нельзя венепункцией извлечь нужное количество крови. Подготовка к венесекции та же, что и к венепункции. Затем скальпелем (после анестезии новокаином) делают разрез кожи, обнажают вену, вскрывают ее продольным разрезом, вставляют в разрез канюлю. После окончания операции перевязывают вену и на кожу накладывают два-три шва (скобки).

ВЛИВАНИЯ ВНУТРИВЕННЫЕ. Техника та же, что и при венепункции, однако иглу берут более тонкую. В шприц набирают нужное количество лекарства, выпускают из шприца попавший туда воздух и вводят иглу, надетую на шприц, в вену. Прежде чем набирать раствор в шприц, нужно, чтобы помогающая *сестра еще раз вслух прочитала написанное на пузырьке или ампуле название лекарства и его дозировку.* Если лекарство находится не в ампуле, то на флаконе обязательно должно быть написано, что оно *стерильно.* После этого производящий вливание *врач или фельдшер должен вслух прочитать то же самое.* В некоторых случаях, чтобы не травмировать психику больного, читать нужно настолько тихо, чтобы больной этого не слышал. Соблюдение этого правила гарантирует от роковых ошибок вливания в вену другого лекарства, в том числе и смертельного яда. Если игла находится в вене, кровь начинает поступать в шприц. Помогающая сестра распускает жгут, а производящий вливание, постепенно надавливая поршень большим пальцем правой руки, вводит лекарство в вену. Если нужно ввести большое количество жидкости, вливания производят с помощью аппарата Боброва. После вливания иглу вынимают и обрабатывают ранку (см. *Венепункция*).

Вливания внутривенные капельные производятся либо специальным прибором, либо из кружки Эсмарха, либо из аппарата Боброва.

В середине резиновой трубки, идущей из сосуда к игле, устанавливается капельница (трубка, в которую входит стеклянная трубочка с узким отверстием, пропускающим жидкость только по каплям), а выше ее — винтовой зажим Мора, регулирующий поступление жидкости в капельницу (см. *Вливания внутривенные*).

Все составные части прибора (кружка, резиновая и стеклянная трубки, капельница, игла) должны быть стерильны. Для подогревания жидкости аппарат ставят в горячую воду или к нему привязывают грелку с го-

рячей водой, которую меняют по мере отсасывания, или закутывают в специальный ватник.

Капельные вливания обычно продолжительны, поэтому трубку, на которую надета игла, фиксируют к предплечью (липким пластырем, бинтом, клеолом), а руку, в которую производят вливание, разогнутую в локтевом сгибе, подбинтовывают вместе с трубкой к гипсовой лонгете или проволочной шине.

ВЛИВАНИЯ ПОДКОЖНЫЕ. Для подкожных вливаний пользуются аппаратом Боброва. Аппарат Боброва, а также жидкость, находящаяся в нем, должны быть стерильны. Наполненный аппарат перед употреблением ставят в горячую воду для согревания. Жидкость для вливания должна быть температуры приблизительно 40°.

Если в аппарате нет термометра, то температуру жидкости определяют приблизительно, пуская струю воды из аппарата на тыльную поверхность кисти руки. Стерилизация кожи больного и рук оперирующего производится так же, как и при подкожных впрыскиваниях. Перед самым вливанием открывают зажим Мора и выпускают из трубки воздух, а затем вкалывают иглу под кожу на глубину 3—4 см. Накачивать воздух нужно постепенно, не слишком повышая давление воздуха в аппарате. Лучше аппарат установить приблизительно на 1 м выше места вливания, чтобы жидкость самотеком вливалась постепенно под кожу без всякого накачивания. В таком случае 1 л жидкости вводят под кожу приблизительно в течение 30 минут. При вливании можно слегка массировать кожу, под которую вливается жидкость. По окончании вливания иглу быстро вынимают, ранку смазывают йодом и закрывают ваткой, смоченной коллодием или клеолом. После вливания на место, куда производилось вливание, кладут грелку, чтобы влитая жидкость лучше рассасывалась и уменьшалась боль, которая обыкновенно ощущается во время вливания и после него. Подкожные вливания обыкновенно производят в переднюю часть бедра, в подкожную клетчатку живота, у женщин и под грудные железы.

ВПРЫСКИВАНИЯ (инъекции) ВНУТРИВЕННЫЕ см. *Вливания внутривенные*.

ВПРЫСКИВАНИЯ (инъекции) ВНУТРИКОЖНЫЕ. Лекарственное вещество острой тонкой иглой впрыскивают в толщу кожи (не прокалывая ее насквозь). Иглу нужно вкалывать под острым углом, проникая только под роговой слой кожи, и затем продвигать иглу в этом слое. При впрыскивании эпидермис приподнимается в виде небольших пузырьков. На месте инъекции образуется небольшой белый узелок (пузырек), который не следует массировать. После извлечения иглы на месте укола не должно появиться ни капли крови. Таким же образом производят внутрикожную пробу Манту. Первое впрыскивание производят разведением туберкулина 1 : 5000 в количестве 0,1 мл. При отрицательной реакции делают впрыскивания в разведении 1 : 2000, 1 : 1000 и 1 : 100. Стерилизация инструментов, обработка кожи больного и рук — те же, что и при подкожных впрыскиваниях.

ВПРЫСКИВАНИЯ (инъекции) ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ. Иглы для внутримышечного впрыскивания следует брать длинные (8—10 см), так как они должны проникнуть в толщу мышцы. Наиболее удобным местом для инъекций являются ягодичные мышцы. Больной ложится на живот. Производящий впрыскивание мысленно делит ягодицы больного вертикальной и поперечной линией на четыре части. Укол делают в верхний наружный квадрант, где не проходят крупные кровеносные сосуды и нервные стволы. В следующий раз инъекцию производят в другую ягодицу. В правую руку берут шприц за нижнюю часть около иглы, большим и указательным пальцами левой руки прижимают и натягивают кожу на месте укола. Можно мягкие части ягодицы (кожу вместе с мышцами) захватить левой рукой в большую складку. Иглу быстро вкалывают перпендикулярно

к поверхности ягодицы на глубину 5—6 см, а затем большим пальцем правой руки медленно выжимают жидкость из шприца в мышцу. Лекарственная жидкость должна быть теплой. Стерилизация инструментов, обработка кожи и рук те же, что и при подкожных впрыскиваниях.

ВПРЫСКИВАНИЯ (инъекции) **ПОДКОЖНЫЕ.** Инструменты стерилизуют кипячением. Кипятить шприц нужно в разобранном виде; чтобы отдельные части шприца во время кипячения не соприкасались, рекомендуется обертывать их слоем марли. При кипячении шприц опускают сначала в теплую воду, чтобы стеклянные части не лопнули. Кипятить инструмент следует 15—20 минут. Кожа больного должна быть совершенно чистой, для чего ее протирают спиртом. После повторного протирания спиртом ватка должна оставаться абсолютно чистой, что является показателем достаточной чистоты кожи. Если кожа была значительно загрязнена, то ее предварительно следует вымыть с мылом. Вместо протирания спиртом место укола можно смазать йодом. Перед инъекцией моют руки в теплой воде с мылом и щеткой, а затем протирают их спиртом. Чтобы под ногтями не скоплялась грязь и чтобы ее легко было удалять, следует коротко стричь ногти. Лекарственное вещество, лечебные сыворотки или профилактические вакцины, которые вводят под кожу, должны быть в запаянных ампулах или на пузырьках обязательно должна быть надпись, что данное вещество стерильно; в противном случае нельзя делать инъекцию. Места для инъекций нужно выбирать такие, где близко нет артерий, поверхностно расположенных вен и нервных стволов. Лучше всего впрыскивание делать в заднюю поверхность плеча, наружную и переднюю поверхность бедра, под кожу живота, под угол лопатки в межлопаточное пространство или под ключицы. Не следует делать инъекций все время в одно место, чтобы не раздражать кожу. Когда кожа обработана, оставляют ватку с эфиром на месте будущего укола, стерильным пинцетом достают цилиндр шприца, вставляют в него поршень, надевают плотно иглу на наконечник и пинцетом же вынимают из нее мандрен.

Необходимо всегда помнить, что руки производящего инъекцию хотя и чисты, но не стерильны, так как для стерилизации их нужно мыть 15 минут. Кроме того, приходится касаться руками и нестерильных предметов: открывать стерилизатор, пузырьки с лекарством, спиртом, эфиром и пр. Чтобы не внести в кровь больного инфекции, *нельзя касаться руками стержня иглы, места укола и самого лекарства, брать поршень шприца можно только за рукоятку.*

Чтобы не впрысить больному по ошибке не то лекарство, которое назначено, перед открыванием пузырька или ампулы следует еще раз *вслух* прочитать написанное на пузырьке или ампуле название лекарства и его дозировку. Перед вскрытием ампулы ее надпиливают специальной пилкой на месте перехода в узкую часть, затем это место протирают ваткой, смоченной в эфире или спирту, после чего этой же ваткой надламывают ампулу. В отверстие опускают иглу шприца и, наклоняя ампулу, постепенно набирают из нее содержимое. После того как в шприц набрана жидкость, его поворачивают иглой вверх и постепенно выпускают пузырьки воздуха, а также излишнюю жидкость, оставляя только необходимое количество. Затем снимают ватку, прикрывающую кожу, захватывают кожу в складку тремя пальцами левой руки и приподнимают ее. Правой рукой берут шприц, приставляют иглу к основанию складки кожи приблизительно под углом 45°, быстро и уверенно вкалывают иглу в подкожную клетчатку на глубину 1,5—3 см. После этого шприц держат I и III пальцами, а указательным нажимают на поршень и впрыскивают лекарство под кожу. При опасении, что игла во время инъекции может соскочить со шприца, складку кожи распускают и левой рукой придерживают иглу за канюлю. Иногда шприц держат между II и III пальцем и надавливают на поршень большим пальцем, что часто бывает удобнее.

После инъекции иглу быстро извлекают, а место укола прижимают кусочком ваты, смоченной спиртом. Этой же ваткой место укола слегка массируют, чтобы впрыснутая жидкость лучше рассосалась.

ВТИРАНИЯ. Втиранием (фрикцией) называется введение лекарственного вещества в организм через здоровую, неповрежденную кожу. Для втирания выбирают места кожи, не покрытые волосами (или их сбривают), а также такие, где кожа тоньше и нежнее: сгибательная поверхность рук и ног, боковые поверхности грудной клетки, живот, внутренняя поверхность бедер. Перед втиранием кожу нужно обмыть с мылом; руки должны быть хорошо вымыты. Пальцами захватывают небольшое количество мази или наливают лекарство на ладонь (если оно жидкое), наносят его на кожу и круговыми, и продольными движениями втирают до тех пор, пока оно не вотрется в кожу. Такими небольшими порциями производят втирания несколько раз.

Втирания ртутной мази требуют особых предосторожностей, так как ртуть — сильный яд. На каждое втирание берут в среднем 3,0 мази и втирают их полностью в определенный участок кожи. Сначала берут небольшое количество мази и втирают досуха, затем снова берут кусочек, и таким образом втирают всю порцию. Каждое втирание продолжается 30—40 минут. Первый день втирают в одну руку, второй — в другую, затем — в бока и в ноги. Так втирают 6 дней; на 7-й день делают ванну, а затем снова начинают втирания в прежнем порядке. Курс лечения в среднем состоит из 30 втираний. Втирая мазь в кожу больного, производящий процедуру частично втирает мазь в свои пальцы и ладони. Поэтому желательно, чтобы больные сами проделывали втирание мазей, подобных серой ртутной. Персонал, производящий ртутные втирания, должен работать в резиновых перчатках или с помощью различных приспособлений в форме пресс-папье, гриба или пестика, обтянутых замшей или какой-либо плотной тканью. В настоящее время втирания серой ртутной мази редко производятся.

ГАЗООТВЕДЕНИЕ. Промывательные клизмы, клизмы с ромашкой и особенно сифонные клизмы способствуют выведению значительного количества газов из кишечника. Если эти меры не достигают цели, то в прямую кишку вводят газоотводную трубку, которая представляет собой длинный резиновый наконечник. Его смазывают вазелином и вводят в задний проход на глубину 20—30 см, причем наружу наконечник должен выстоять не менее чем на 10 см. Скопившиеся газы находятся в кишечнике под повышенным давлением и поэтому свободно выходят через газоотводную трубку. Под конец трубки подкладывают клеенку или полотенце, а в случае надобности кладут ее в стоящее тут же подкладное судно или таз, так как с газами могут выделяться и жидкие испражнения.

Трубку оставляют в кишечнике на несколько часов. Очень долго оставлять газоотводную трубку нельзя, так как она может вызвать раздражение слизистой оболочки и даже образование пролежней. В случае надобности газоотводную трубку спустя несколько часов можно ввести вновь. Вынимать ее следует осторожно, постепенно.

ГОРЧИЧНИКИ. Горчичники, поступающие в продажу, приготовляют на плотной бумаге длиной 12 см и шириной 8 см, на которую особым составом наносится сухая горчица. Горчичник смачивают теплой водой и плотно прикладывают к коже на 5—10—20 минут, придерживая его рукой или укрепив бинтом. Уже через несколько минут больной ощущает теплоту и небольшое жжение. Горчичник держат до появления красноты кожи, не доводя до ожога и образования пузырей. После снятия горчичника кожу обмывают теплой водой. Горчичники можно готовить самим: сухую горчицу разводят в теплой воде до кашицеобразного состояния; эту кашицу намазывают на тряпочку, сверху ее тоже прикрывают тряпочкой и прикладывают к телу. Чтобы горчичник не очень раздражал кожу и его можно было дольше держать, сухую горчицу предварительно смешивают

с равным количеством муки. Для детей иногда готовят горчичники, беря муки в 2—3 раза больше, чем горчицы.

ГРЕЛКИ. Полностью грелку не наполняют водой, чтобы она не была тяжелой. Оставшийся воздух из резиновой грелки осторожно выжимают. Грелки следует плотно завинчивать, чтобы не облить больного горячей водой. Если нет грелок, можно пользоваться бутылками с горячей водой. Нужно только следить за тем, чтобы бутылки были плотно закрыты пробками. Перед тем как поставить грелки или бутылки с горячей водой, нужно обязательно повернуть их вниз пробкой, чтобы проверить, не подтекают ли они. Прежде чем приложить грелку, ее покрывают полотенцем. Очень горячую грелку кладут сначала на одеяло, а затем по мере ее остывания — под одеяло.

Слабые и тяжелобольные не всегда быстро реагируют на раздражение, поэтому у них грелками можно вызвать ожоги. Особенно осторожным нужно быть с больными, находящимися в бессознательном состоянии и утратившими кожную чувствительность: им нельзя ставить очень горячие грелки или класть грелки непосредственно на тело; кроме того, следует периодически проверять, не слишком ли грелки согревают кожу.

ДЫХАНИЕ ИСКУССТВЕННОЕ см. *Искусственное дыхание.*

ЖЕЛУДКА ПРОМЫВАНИЕ см. *Промывание желудка.*

ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ИЗВЛЕЧЕНИЕ см. *Зондирование желудка.*

ЗОНДИРОВАНИЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ТОНКИМ ЗОНДОМ. Тонкий (дуоденальный) зонд представляет собой мягкую резиновую трубку толщиной 3—5 мм и длиной 1,5 м, на конце которой находится металлическая или костяная олива с несколькими отверстиями. Олива иногда состоит из двух свинчивающихся половин, чтобы ее легко было очистить. Зонд имеет три метки: первая на расстоянии 50 см от оливы, что соответствует расстоянию от зубов до входа в желудок; вторая — на расстоянии 70 см, что соответствует входу в привратник; третья — на расстоянии 90 см от оливы — расстояние, достаточное для того, чтобы зонд попал в двенадцатиперстную кишку. Для отсасывания дуоденального содержимого пользуются обычным 10- или 20-граммовым шприцем.

Тонкий зонд необходимо вводить натощак. Больного сажают на стул, вводят теплый влажный зонд в глотку за корень языка и предлагают больному сделать глотательное движение. Как только зонд попал в пищевод, нужно предложить больному производить всасывательные и глотательные движения, и тогда благодаря перистальтике мускулатуры пищевода зонд продвигается дальше без всяких усилий. Иногда больному приходится делать повторные глотательные и сосательные движения. Если у больного имеются зубные протезы, их надо перед исследованием снять. Когда олива проникла в желудок, т. е. зонд вошел до первой метки, необходимо отсосать желудочное содержимое. Если ничего не отсасывается, нужно продвинуть зонд дальше или несколько вытянуть обратно. Чтобы дуоденальный зонд прошел в двенадцатиперстную кишку, исследуемого кладут на правый бок, приподняв таз. Благодаря желудочной перистальтике и тяжести оливы она постепенно продвигается к привратнику. В течение всего исследования больной должен всасывать и заглатывать зонд. Когда зонд дошел до третьей метки, следует удостовериться, находится ли он в двенадцатиперстной кишке. Дуоденальное содержимое отличается от желудочного: дуоденальный сок зеленовато-желтого цвета, прозрачный, щелочной реакции, а желудочный — беловатый или бесцветный, а реакция его кислая. Если желчь забрасывается из двенадцатиперстной кишки в желудок, то желудочный сок тоже будет желтого цвета, но в отличие от дуоденального он будет мутным. У постели больного устанавливают штатив с чистыми пробирками, куда и собирают содержимое двенадцатиперстной кишки.

Первое прозрачное желтое содержимое двенадцатиперстной кишки, полученное при откачивании, называют порцией А. Если нужно получить

пузырную желчь, то шприцем через зонд впрыскивают в двенадцатиперстную кишку 50 мл 25% раствора сернокислой магнезии, благодаря которой сфинктер желчного пузыря расслабляется (рефлекторно) и пузырная желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Пузырная желчь темно-коричневого цвета, ее называют второй порцией, или порцией В. После откачивания всей пузырной желчи снова появляется светлая желчь. Третья порция, печеночная желчь, называется порцией С.

ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОЛСТЫМ ЗОНДОМ. Толстый (желудочный) зонд представляет собой резиновую трубку из довольно плотной резины длиной 75 см, имеющую в диаметре 8—12 мм. На закругленном конце зонда, который вводят в желудок, по сторонам находятся два овальных отверстия, расположенных одно над другим; на другом конце зонда имеется небольшое воронкообразное расширение. На расстоянии 50 см от желудочного конца зонда делается метка: у большинства людей вход в желудок расположен на расстоянии 40—50 см от переднего края зубов. Перед исследованием желудочный зонд кипятят и проверяют, насколько хорошо он пропускает воду. Больного сажают на стул, на спинку которого он может облокотиться, надевают на него клеенчатый фартук или закрывают его простыней до шеи; другой конец фартука должен быть опущен в таз, который ставят на пол между ногами больного. Для собирания желудочного содержимого берут чистый стеклянный стакан, цилиндр или банку, в которую опускают широкий конец зонда. Во время процедуры больной должен свободно дышать через нос, не закидывать голову назад, не закусывать зонд и не хватать его руками. Если у больного имеются зубные протезы, то перед введением зонда их обязательно нужно вынуть. Производящий зондирование становится по правую сторону больного, а помощник — по левую.

Для введения зонда берут его правой рукой, отступя от желудочного конца на 10—15 см, быстро вводят в рот до корня языка и предлагают больному сделать глотательное движение, после чего зонд поступает в пищевод и легко проходит в желудок. Вводят зонд или одной правой рукой, или попеременно обеими руками. Часто больной вместо глотательного движения производит рефлекторное рвотное движение, стараясь выбросить зонд из глотки; в этих случаях не следует насильно проталкивать зонд вперед, надо его вынуть и затем снова ввести. Можно дать больному выпить воды и во время ее проглатывания быстро протолкнуть зонд вперед. Иногда лучше не предлагать больному делать глотательных движений, а самому быстро ввести зонд. Введение зонда до метки показывает, что он попал в желудок. Желудочное содержимое иногда без всяких усилий со стороны больного вытекает через зонд. В большинстве случаев для получения всего количества желудочного содержимого приходится просить больного произвести несколько рвотных движений. Если желудочное содержимое не выделяется, то зонд вводят несколько дальше метки, заставляют больного кашлять, тужиться, надавливают ему на подложечную область. После всех этих манипуляций, удостоверившись, что желудок пуст, зонд быстро вынимают из желудка.

Если нужно исследовать желудочный сок, то натощак дают пробный завтрак. Наиболее часто применяется пробный завтрак Боас-Эвальда, который состоит из 40 г сухого белого хлеба и 400 мл (двух стаканов) теплой воды или жидкого чая без сахара. Больной должен медленно разжевывать хлеб, запивая водой; через 45 минут после окончания пробного завтрака вводят зонд для получения желудочного сока.

ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОНКИМ ЗОНДОМ. Тонкий зонд вводят в желудок так же, как и при зондировании двенадцатиперстной кишки (*см.*). Когда зонд уже находится в желудке, конец его прикрепляют английской булавкой или зажимом к рубашке больного, чтобы он не прошел в двенадцатиперстную кишку. Конец зонда лучше всего закрывать зажимом, чтобы желудочное содержимое не вытекало самопроизвольно.

Если нет зажима, то можно свободный конец зонда завязать узелком. При помощи тонкого зонда можно через произвольные промежутки времени отсасывать шприцем желудочное содержимое в нужном количестве в течение всего времени нахождения зонда в желудке. Таким путем можно определить сокоотделительную функцию желудочных желез в разное время после приема пробного завтрака, а также более точно установить моторную (двигательную) функцию желудка. В этих случаях применяют только жидкие пробные завтраки, например бульонный, капустный и др. Пробный завтрак Зимницкого состоит из крепкого бульона. Бульон готовят из 400 г говяжьей мякоти без жира на 1 л воды. Варят мясо, пока останется 400 мл бульона; его дают в два приема по 200 мл на прием.

Больному натощак вводят в желудок тонкий зонд и откачивают полностью находящийся там желудочный сок. Не вынимая зонда, вводят через него 200 мл теплого бульона. Каждые 15 минут откачивают шприцем по 10—15 мл содержимого, а через 60 минут — все остальное. Затем снова вливают в желудок 200 мл бульона и вновь откачивают четыре порции желудочного содержимого. Все полученные порции посылают в лабораторию для исследования. Пробный завтрак Лепорского состоит из капустного сока; кочан капусты пропускают через мясорубку, сок отжимают через марлю, кипятят и затем фильтруют через вату.

ИНГАЛЯЦИЯ. Вдыхание с лечебными целями паров, газов или мелко распыленных капелек лекарственной жидкости при помощи ингалятора. Резервуар ингалятора наполовину наполняют водой; под резервуаром зажигают спиртовку. (Иногда делают электрические ингаляторы.) Стаканчик наполняют раствором лекарственного вещества. Водяные пары, идущие под значительным давлением из резервуара, вызывают разрежение воздуха, вследствие чего жидкость из стаканчика поднимается вверх; под действием струи пара она распыляется и вместе с паром увлекается в трубку, перед которой сидит больной и вдыхает пар вместе с распыленным лекарственным веществом. Ингаляцию производят обыкновенно 1—2 раза в день в течение нескольких минут, пока не испарится жидкость из стаканчика. В случае надобности стаканчик повторно наполняют лекарственным раствором. Шею и грудь больного во время ингаляции закрывают полотенцем, чтобы не замочить рубашку или платье. После ингаляции больной не должен в течение 15—30 минут разговаривать и выходить на холодный воздух, чтобы не раздражать голосовые связки и дыхательные пути. В специальных лечебных учреждениях и на курортах применяют не индивидуальные ингаляторы, а устраивают специальные комнаты, в воздухе которых распылено лекарственное вещество. Больные сидят или лежат и в течение определенного времени дышат воздухом этого помещения.

Иногда применяют примитивный (домашний) способ: кипятят воду в чайнике, кладут в нее лекарственное вещество, и больной вдыхает водяные пары над открытым чайником.

ИНТУБАЦИЯ. Введение особой трубочки в гортань через рот. Применяется при дифтерии, ложном крупе или отеке, когда сужение гортани бывает настолько значительным, что больной может погибнуть от асфиксии (задушения). Интубационная трубочка вводится при помощи особого инструмента — интубатора, имеющего вид изогнутого пинцета с раздвижными браншами. Предварительно к интубационной трубочке привязывают шелковую нитку, с помощью которой трубка извлекается из гортани. Перед введением интубатора инструменты должны быть прокипячены и тщательно осмотрены. Взрослого больного сажают на стул, предлагают ему подложить под себя кисти рук, опереться на спинку стула и не закидывать голову; спереди больного закрывают простыней. Ребенку можно произвести интубацию только с одним или даже с двумя помощниками. Помощник садится на стул, сажает ребенка к себе на колени, руки ребенка предварительно пеленают, а ноги зажимают между коленями. Одной

рукой помощник прижимает ребенка плотно к груди, а другой держит его голову, наклоняя немного вперед, причем ее ни в коем случае нельзя закидывать назад. Оказывающий помощь садится против больного, вводит в рот роторасширитель, затем вводит левый указательный палец глубоко в рот до гортани, прижимает надгортанник кпереди к корню языка, а сзади ощупывает черпаловидные хрящи и заднюю стенку гортани. После этого по наружному краю левого указательного пальца правой рукой подводится к гортани при помощи интубатора интубационная трубочка. Затем приподнимают рукоятку интубатора и указательным пальцем направляют трубочку в просвет гортани, чтобы она не попала в пищевод. Когда трубка упрется в голосовые связки, надо произвести легкое надавливание, тогда во время вдоха трубочка пройдет через голосовую щель. Бранши интубатора сдвигают и трубочку легко погружают пальцем в гортань как можно глубже. О том, что трубочка введена правильно, судят по появившемуся металлическому (трубочному) звуку дыхания. Шелковинку, идущую от трубочки, липким пластырем прикрепляют к щеке больного. Во избежание пролежней в гортани трубочку приходится удалять через 24—36 часов. Больной с введенной интубационной трубкой должен беспрерывно находиться под наблюдением, так как трубка при кашле или рвоте может выскочить из гортани, а ребенок может выдернуть ее за шелковинку.

ИНЪЕКЦИИ см. *Впрыскивания*.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ. Нужно освободить пострадавшего от стесняющей его одежды: расстегнуть воротник, снять пояс, лифчик, расстегнуть брюки и пр.; затем освободить полость рта от всяких инородных предметов, зубных протезов, очистить рот от грязи, слизи, земли и пр., введя глубоко в полость рта палец, обернутый марлей или полотенцем. Если у пострадавшего тесно сжаты челюсти, то для этого вводят роторасширитель в угол рта за коренными зубами. За неимением роторасширителя можно пользоваться шпателем, ложкой, деревянной палочкой и пр. Если язык запал в глотку, нужно выдвинуть вперед нижнюю челюсть так, чтобы нижние зубы выстояли впереди верхних. В некоторых случаях приходится языкодержателем вытягивать язык изо рта и так держать его во время искусственного дыхания. За неимением языкодержателя язык можно держать куском марли, носовым платком или полотенцем.

Искусственное дыхание нужно производить терпеливо и спокойно в течение долгого времени, до появления нормального дыхания или, в случае отсутствия дыхания, до появления трупных пятен (по инструкции Министерства здравоохранения СССР).

С п о с о б С и л ь в е с т р а применяется наиболее часто. Пострадавшего кладут на спину, под нижнюю часть грудной клетки подкладывают валик из сложенного одеяла, шинели или просто полено. Если искусственное дыхание производят два лица, то они становятся на колени по обе стороны грудной клетки пострадавшего. Каждый из них берет одной рукой руку пострадавшего посередине плеча, а другой — несколько выше кисти. Одновременно они поднимают руки пострадавшего и вытягивают их за его головой. От этого происходит расширение грудной клетки, что соответствует вдоху. Затем через 2—3 секунды прижимают руки пострадавшего к грудной клетке и сдавливают ее, что соответствует выдоху. Движения руками нужно производить ритмично с правильными промежутками времени.

Такие движения производятся примерно 16 раз в минуту. Если искусственное дыхание производит один человек, он становится на колени за головой пострадавшего, берет его руки выше кистей и производит такие же движения.

С п о с о б Ш е ф ф е р а. Если руки пострадавшего повреждены, то искусственное дыхание можно производить по способу Шеффера. Для этого пострадавшего кладут плашмя на живот, голову поворачивают в сторону,

чтобы он мог свободно дышать. Производящий искусственное дыхание становится на колени так, чтобы тело пострадавшего было между его ногами, кладет руки на нижнюю часть грудной клетки, чтобы большие пальцы располагались вдоль позвоночника, а остальные на ребрах. Во время выдоха нужно наклоняться вперед и сжимать грудную клетку, а во время вдоха выпрямляться и прекращать давление.

Способ Лаборда заключается в том, что захватывают язык пострадавшего и производят ритмические вытягивания соответственно дыхательным движениям. Этим способом пользуются, когда дыхание только что остановилось, например при даче наркоза.

Способ Каллистова прост и эффективен. Пострадавшего кладут на живот, лицом вниз. На спину в области лопаток накладывают полотенце, концы его проводят через подмышечные впадины вперед. Оказывающий помощь берет полотенце за концы и приподнимает туловище от земли на 7—10 см. Происходит расширение грудной клетки и поднимание ребер. Приподнимание туловища соответствует вдоху, а последующее опускание — выдоху.

В последнее время для искусственного дыхания применяются специальные аппараты. Сущность их действия состоит во вдувании воздуха (чистого или в смеси с кислородом и добавлением углекислоты) в легкие и отсасывании его из них. Наиболее совершенными являются аппараты, в которых смена вдоха и выдоха происходит автоматически — в зависимости от увеличения давления газа в легких при вдохе и разряжении при выдохе.

К ним относятся отечественные аппараты АИД-1, ДП-1 и его портативная модель ДП-2, ГС-2, ГС-5 и ГС-6.

Наряду с этими аппаратами, имеющими довольно сложную конструкцию, применяются относительно простые аппараты РП-1 и РП-2. Они представляют собой резиновые меха или мешки с системой клапанов, обеспечивающие активный вдох нагнетанием воздуха в легкие через надеваемую на лицо маску или вставляемый в верхние дыхательные пути интубатор. Выдох происходит пассивно. Этими аппаратами можно легко пользоваться при несчастных случаях вне лечебного учреждения.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. Катетеры бывают мягкие (резиновые) и твердые (металлические). Мягкий катетер (катетер Нелатона) делают из плотной резины длиной 25—30 см. Внутренний конец катетера закруглен, сбоку от него имеется одно или два овальных отверстия. Наружный конец несколько расширен наподобие воронки. Диаметр катетеров очень разнообразен — от $^1/_3$ мм до 1 см. Различают 30 номеров катетеров, так что диаметр следующего катетера от предыдущего отличается на $^1/_3$ мм. При сужениях мочеиспускательного канала употребляют катетеры более мелкого калибра. Если мочеиспускательный канал не сужен и не болезнен, употребляют средние номера катетеров (№ 14—18). Чтобы не внести инфекции в мочеиспускательный канал или мочевой пузырь, катетеры стерилизуют кипячением. Руки моют, как для операции *(см.)*, и затем протирают раствором сулемы 1 : 1000 и спиртом. Больной во время катетеризации лежит на спине, между ногами кладут утку, лоточек или мочевую кружку, куда по катетеру стекает моча. Фельдшер берет в левую руку половой член и открывает его головку. Головку члена тщательно протирают ваткой, смоченной раствором сулемы или борной кислоты. Правой рукой вводят постепенно, с небольшим насилием катетер, предварительно политый стерильным растительным маслом (прованским, подсолнечным), вазелиновым или глицерином. Наружный конец катетера предварительно опускают в сосуд, куда должна стекать моча. Если руки нестерильны, то нельзя касаться руками той части катетера, которая соприкасается со слизистой оболочкой мочеиспускательного канала. Катетер продвигают пинцетом, который держат большим и указательным пальцами: наружный конец катетера зажимают между IV и V пальцем.

Катетеризация у женщин производится при соблюдении тех же правил асептики следующим образом. Больная лежит на гинекологическом кресле или на кровати со слегка согнутыми в коленных суставах, подведенными к животу и разведенными в стороны ногами. Левой рукой раздвигают половые губы, а правой — сверху вниз (в сторону заднего прохода) тщательно протирают вульву ваткой, смоченной в растворе сулемы 1 : 1000. Бросив вату, правой же рукой пинцетом берут резиновый катетер или женский металлический, облитый вазелиновым или каким-либо другим маслом, и, найдя наружное отверстие мочеиспускательного канала, осторожно вводят его. Сосуд, куда должна стекать моча (подкладное судно, стакан), должен быть приготовлен заранее. Когда моча перестает самостоятельно выходить, можно слегка надавить через брюшные стенки на область мочевого пузыря для выведения из него остаточной мочи, а затем уже медленно извлекать катетер.

КЛИЗМЫ. Аппарат для введения клизмы состоит из кружки, в которую наливают воду, резиновой трубки и наконечника.

Кружка емкостью 1—1,5 л бывает стеклянной, металлической и резиновой. Резиновую трубку длиной приблизительно 1,5 м одним концом надевают на суженную выходную часть кружки, а другим — на закругленный конец крана, который соединяют с наконечником. Если крана не имеется, резиновую трубку непосредственно соединяют с наконечником и около наконечника на трубку накладывают зажим. Чаще всего употребляют твердые каучуковые или мягкие резиновые наконечники, иногда пользуются стеклянными наконечниками, которые очень удобны для дезинфекции; однако с ними следует обращаться очень осторожно, чтобы при введении в прямую кишку не сломать их и не поранить кишки. Мягкие наконечники вводить в прямую кишку труднее, ими приходится пользоваться в тех случаях, когда твердые наконечники раздражают слизистую оболочку и вызывают болевые ощущения. Для промывательной клизмы в кружку обыкновенно наливают от 4 до 6 стаканов чистой теплой (25—35°) воды (от 800 до 1200 мл, в среднем 1000 мл). Наполнив кружку водой, открывают кран или зажим, чтобы наполнить трубку водой и выпустить из нее воздух. Из кружки спускают немного воды и кран снова закрывают. Кружку обычно поднимают на высоту 0,5—1,5 м над уровнем кровати и укрепляют на соответствующей высоте. Чем выше поднята кружка, тем под бо́льшим давлением вода поступает в кишечник. Больного кладут на левый бок близ края постели с пригнутыми к животу ногами. Под таз больного подкладывают клеенку, которую спускают в рядом стоящее ведро на случай, если больной не сможет удержать воду и выпустит ее обратно. Наконечник смазывают вазелином или глицерином. Пальцами левой руки раздвигают ягодицы, а правой рукой осторожно вводят наконечник в прямую кишку на 6—8 см. Чтобы не упираться в слизистую оболочку кишки и не раздражать ее, нужно вводить наконечник по ходу прямой кишки: первые 3—4 см нужно вводить наконечник вверх и вперед по линии, соединяющей задний проход с пупком, а затем повернуть наконечник кзади. Когда наконечник введен на требуемую глубину, открывают кран или зажим, и вода в силу своей тяжести сама вливается в кишечник. Когда вся вода из кружки прошла в трубку, кран закрывают и наконечник вынимают. У больного во время введения воды в кишечник, а также и по окончании клизмы появляются позывы на дефекацию, а иногда и боли в животе. Однако больной должен потерпеть и постараться задержать воду в кишечнике несколько минут, чтобы она успела омыть весь толстый кишечник и раздробить твердый кал. На это время больного прикрывают одеялом. По окончании процедуры кружку и трубку промывают, особенно тщательно обмывают наконечник, который стерилизуют и хранят в банке с дезинфицирующей жидкостью, например в растворе сулемы.

Не всегда вода свободно поступает в кишечник, встречая плотные массы кала, заполняющего кишку. В таких случаях вводят наконечник глубже, а кружку поднимают выше, — это так называемая **высокая клизма**. В других случаях наконечник следует несколько вывести обратно и впустить воду под небольшим давлением, чтобы она постепенно раздробляла каловые массы. Иногда наконечник закупоривается плотным калом, тогда следует поднять кружку выше, чтобы протолкнуть кал. Если, несмотря на это, вода все же не поступает в прямую кишку, надо закрыть кран, извлечь наконечник, прочистить его и ввести повторно. Каловые массы могут быть настолько твердыми (**каловые камни**), что поставить клизму совершенно не удается. Кал приходится извлекать из прямой кишки пальцем. Для этого надевают резиновую перчатку или резиновый колпачок на указательный палец, смазывают его вазелином или глицерином и извлекают кал кусками, а затем уже ставят клизму. Для лучшего действия к воде иногда прибавляют 2—3 столовых ложки **глицерина или растительного масла**: касторового, подсолнечного, прованского или сезамового. Масло обволакивает кал и способствует его продвижению по кишечнику. С этой же целью применяют **мыльные клизмы**. На кружку воды настругивают приблизительно столовую ложку простого стирального мыла и растворяют его так, чтобы не образовывалось пены.

Различные болезни прямой кишки и заднего прохода, при которых введение наконечника резко болезненно, например трещины около заднего прохода, воспаление слизистой оболочки прямой кишки, геморроидальные узлы и др., часто являются противопоказанием к постановке клизм.

Нельзя также ставить клизмы, когда требуется покой для кишечника, когда вредно всякое его раздражение: при язвенном процессе в кишках, при кишечном кровотечении, остром перитоните, остром аппендиците и после операций в полости живота.

Капельные клизмы. Очень медленно, по каплям, вводят в кишечник воду или растворы каких-либо лекарственных веществ с тем, чтобы они всасывались слизистой оболочкой кишечника. Перед капельной клизмой обязательно ставят очистительную клизму (см. *Клизма очистительная*). Капельную клизму делают так же, как и обыкновенную, только берут длинный резиновый наконечник. Кран приоткрывают настолько, чтобы из наконечника вода выходила каплями, после чего наконечник, смазанный вазелином, вставляют глубоко в прямую кишку. Больного покрывают одеялом, так как капельная клизма продолжается иногда несколько часов. Вместо того чтобы регулировать вытекающую жидкость краном, удобнее пользоваться специальной капельницей (см. *Вливания внутривенные капельные*). Конец капельной трубки, в которую впаяна капельница, соединен с резиновой трубкой, идущей от кружки, а другой конец — с трубкой, соединенной с наконечником. Содержимое в кружке надо подогревать, либо подливая в горячем виде соответствующую жидкость, либо привязывая к кружке грелку, либо закутав ее в ватник.

Лекарственные клизмы. Применяются с двоякой целью: непосредственно воздействовать на слизистую оболочку кишечника или ввести лекарство в организм путем всасывания его стенкой кишечника. Перед каждой лекарственной клизмой следует ставить очистительную.

Масляные клизмы. Небольшие клизмы из одного растительного масла ставят при упорных запорах, когда в нижних отрезках кишок и в прямой кишке задерживаются твердые массы кала (каловые камни). На клизму берут 50—100, самое большее 200 см³ растительного масла: **прованского, подсолнечного или сезамового** (кунжутного). Обыкновенно употребляют сезамовое масло как наиболее дешевое и обладающее хорошим действием. Однородное действие оказывает **вазелиновое масло**.

Масло перед употреблением подогревают до 37—38°. Если есть сомнение в свежести масла, его перед употреблением следует прокипятить.

Нужное количество масла набирают в грушевидный баллон и медленно вводят в прямую кишку. Масляную клизму вводят вечером и оставляют масло до следующего утра, т. е. на 10—12 часов. Чтобы масло не вытекало, больной должен после клизмы некоторое время полежать. Масло проникает между стенкой кишки и калом, обволакивает кал и способствует его выведению. Кроме того, масло расслабляет спазм кишечной мускулатуры, что также способствует опорожнению кишечника.

Обыкновенно на следующее утро масляная клизма оказывает свое действие, но если действия кишечника не наступит, утром надо поставить обычную очистительную клизму.

Преимущество масляных клизм заключается в том, что в некоторых случаях их применяют там, где водяные клизмы противопоказаны, так как масло не проникает глубоко в кишечник, не раздражает стенки кишок, а следовательно, и не усиливает перистальтики.

Ромашковые клизмы. Одну-две столовые ложки высушенных цветов ромашки заваривают, как чай; полученный настой процеживают через марлю и вливают в воду для клизмы. Настой ромашки является слабым вяжущим средством, главным образом поглощающим газы кишечника.

Крахмальные клизмы (при острых колитах и дизентерии). Столовую ложку крахмала тщательно разводят в полустакане холодной воды, а затем доливают горячей водой до 2—3 стаканов (не больше) и после охлаждения до 40—38° вводят в прямую кишку. Крахмальная клизма действует на воспаленную слизистую оболочку обволакивающим и смягчающим образом. В крахмальную клизму можно добавить различные лекарственные вещества.

В настоящее время, когда применяют сульфаниламиды и антибиотики, крахмальные клизмы утратили свое значение.

Микроклизмы из самых разнообразных настоек и растворов. Клизмы делают в 100, 50, 25 мл и менее. Их вводят в прямую кишку при помощи резинового баллона и даже шприца, на конец которого надевают резиновый наконечник. Температура жидкости 35—37°. До введения микроклизмы необходимо сделать очистительную клизму по обычной технике (см. выше).

Питательные клизмы применяют при невозможности питать больного через рот, например при заращении пищевода, неукротимой рвоте и пр. Хорошо всасывается в кишечнике раствор глюкозы, алкоголь и до некоторой степени бульон. За один раз можно вводить 100 мл, максимум 200 мл жидкости. За час до введения питательной клизмы нужно поставить очистительную. Содержимое клизмы подогревают до 37—38° и вводят его при помощи резинового баллона. После этого больной должен час лежать неподвижно, чтобы введенная жидкость не вытекла обратно.

Чтобы ввести в организм больше глюкозы, а одновременно и жидкости, лучше всего применять раствор глюкозы (5%) в виде капельных клизм. Кроме того, применяют для питательных клизм 5—10% раствор пептона (продукт распада белка), молоко, разбавленный спирт.

Примерные прописи питательных клизм:

Красное вино 50,0	Бульон 100,0
Виноградный сахар 20,0	Красное вино 50,0
Вода 50,0	Поваренная соль 1,5

Иногда в питательные клизмы прибавляют желтки и другие пищевые продукты. Это нерационально, так как непереваренные белки, жиры и углеводы из толстого кишечника не всасываются.

В таких случаях к питательной клизме для переваривания белков прибавляют пепсин с соляной кислотой и препараты поджелудочной железы.

Сифонная клизма. Многократное промывание кишечника, когда никакие слабительные и клизмы не вызывают опорожнения его или же когда это опорожнение требуется произвести быстро. Вместо кружки берут большую воронку емкостью в 500—1000 мл, на нее надевают длинный (20—30 см) резиновый наконечник, который вводят глубоко в прямую кишку. Когда наконечник вставлен, воронку держат ниже уровня кровати, наполняют ее водой и затем высоко поднимают. Вода под большим давлением проникает в кишечник. Когда вода доходит до дна воронки, последнюю быстро опускают вниз, вода легко выходит из кишечника обратно в воронку. Нужно внимательно следить, чтобы не вся вода из воронки прошла в кишечник, так как в этом случае значительная часть воды может остаться в кишечнике. Из воронки воду выливают в подставленный таз, снова наполняют воронку водой и таким образом эту процедуру повторяют до пяти и более раз, смотря по надобности.

КОМПРЕСС СОГРЕВАЮЩИЙ. Берут кусок полотняной или бумажной материи, сложенной в несколько раз соответственно размерам участка, который должен быть под компрессом, смачивают его в воде комнатной температуры, хорошо выжимают и плотно прикладывают к телу.

Согревающий компресс из прохладной (комнатной) воды вызывает рефлекторное сокращение кожных сосудов с последующим их расширением, а компресс из прохладной воды, наложенный на грудную клетку, кроме того, вызывает рефлекторно более глубокие дыхательные движения. Поверх материи кладут какой-либо водонепроницаемый материал. Обыкновенно для этого служит специальная мягкая клеенка или вощаная бумага. Клеенка должна быть больше смоченной материи и полностью ее закрывать. Поверх клеенки накладывают довольно толстый слой ваты для сохранения тепла, образующегося под компрессом. Слой ваты должен быть больше клеенки и полностью ее закрывать. Компресс прибинтовывают так, чтобы он плотно прилегал к телу и не сдвигался с места. Однако слишком туго прибинтовывать его не следует, чтобы не стеснять больного. При наложении компресса на грудную клетку делают специальные наплечники, чтобы компресс захватил и верхушки легких. Слабому больному компресс надо наложить быстро, поэтому его заранее приготовляют: раскладывают соответствующей величины слой ваты и на него кладут клеенку, а сверху смоченное и выжатое полотенце. При бинтовании грудной клетки бинт нужно накладывать через надплечья, чтобы компресс не сползал на живот. Иногда согревающий компресс выкраивают в виде жилетки, которую можно быстро надеть на грудную клетку больного, прибинтовать или плотно завязать пришитыми к жилетке тесемками. Если клеенка или вата не полностью прикрывает мокрую тряпку или компресс плохо прибинтован, то между кожей и компрессом проникает наружный воздух, и вода, усиленно испаряясь, вызывает не согревание, а охлаждение.

Согревающий компресс держат 12 часов. Чтобы сохранить кожу от раздражения, надо после снятия компресса насухо вытереть ее полотенцем.

КОМПРЕСС СПИРТОВОЙ (водочный) ставят так же, как обычный (с водой), только материю смачивают не водой, а спиртом или разбавленным спиртом (35—40%), или водкой, меняют его через каждые 4—6 часов.

ЛЕД. Применяется в пузырях для льда из резины или прорезиненной материи. Посередине мешка имеется сравнительно большое отверстие, закрывающееся плотно завинчивающейся пробкой. Куски льда разбивают в тряпке на мелкие кусочки и наполняют ими пузырь до половины. Для удаления воздуха из пузыря его выжимают, скручивая свободную часть пузыря, и завинчивают пробку. Чтобы не вызвать чрезмерного охлаждения кожи и даже ее обморожения, пузырь со льдом всегда кладут на сложен-

ное полотенце. Вначале вследствие осаждения на холодной поверхности пузыря паров окружающего воздуха пузырь становится мокрым, поэтому его надо вытирать. С некоторыми перерывами лед может лежать часами. Чтобы пузырь не падал с головы, его иногда привязывают к спинке кровати. Если пузырь вызывает резкую боль в результате производимого им давления, например при воспалении брюшины, переломах и пр., его подвешивают над больным местом. По мере таяния льда воду сливают и подкладывают новые кусочки льда. Вместо льда пузырь можно наполнять снегом.

МУШКА. Пластырь, в состав которого входят шпанские мушки, растертые в порошок. Они содержат чрезвычайно ядовитое и раздражающее вещество — кантаридин. Мушку намазывают на плотную ткань, края которой обведены липким пластырем. Прежде чем ставить мушку, нужно выбрить кожу, если на ней имеются волосы, вымыть ее и протереть спиртом. Мушку слегка подогревают и плотно прикладывают к намеченному месту, прижимая края, затем ее прикрепляют полосками липкого пластыря или небольшой повязкой. Мушку держат 12 часов, после чего под эпидермисом образуется воспалительная жидкость (экссудат). Мушку следует снимать чрезвычайно осторожно, чтобы вместе с ней не сорвать эпидермис: ее снимают правой рукой, левой постепенно отслаивая кожу, оставшиеся на коже черные частицы кантаридина аккуратно снимают ваткой или марлевым тампоном, смазанным вазелином, прикладывая его к каждой частичке кантаридина. Когда кожа совершенно очищена от мушки, пузырь снизу надрезают стерильными ножницами или скальпелем и выпускают из пузыря жидкость. Края эпидермиса срезать не следует, так как под ним будет образовываться новый эпидермис. Затем накладывают стерильную повязку с вазелином, цинковой или ксероформной мазью.

Мушку нельзя ставить при заболеваниях почек.

МЫТЬЕ РУК[1]. 1. Способ Спасокукоцкого-Кочергина: руки моют в течение 5 минут в 0,25% теплом растворе нашатырного спирта, сменяя раствор не менее 2 раз. Для мытья применяют стерильные салфетки. Руки вытирают насухо стерильной салфеткой и в течение 5 минут обрабатывают спиртом. Концы пальцев смазывают йодной настойкой. 2. Способ Альфельда: моют руки щеткой в горячей воде (до 45°) с мылом в течение 5 минут, производят механическую очистку ногтей и околоногтевых валиков, вновь обмывают водой, вытирают насухо стерильным полотенцем и обмывают в течение 5 минут спиртом.

Уход за кожей рук. Наиболее загрязнена патогенными микроорганизмами кожа рук. Бактерии находятся в многочисленных складках и углублениях, в глубоких слоях эпителия, сальных железах и волосяных луковицах. Наиболее инфицированы подногтевые пространства, ногтевые валики, ладонная сторона пальцев, ладонь. Только руки без трещин, ссадин и царапин могут быть удовлетворительно обеззаражены. Предварительный уход за руками состоит в горячих ваннах и смазывании рук на ночь смесью равных количеств вазелина и ланолина (Vaselini, Lanolini 20,0) с тщательным втиранием этой мази. Нередко применяется на ночь и после мытья смазывание глицерином в чистом виде или в смеси: Liquoris Ammonii caustici. Glycerini. Ad. Amygdalarum āā 20,0.

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ[1] **(СТЕРИЛИЗАЦИЯ).** Достигается лучше всего физическими методами (высокой температурой): 1) прокаливанием, обжиганием, 2) кипячением, 3) текучим паром, 4) паром под давлением.

Прокаливание. Применяется для стерилизации лишь немногих предметов (лоточков, тазов и пр.). В таз наливают немного денатурированного спирта, тщательно ополаскивают им весь сосуд и зажигают.

---

[1] Проф. А. Н. Великорецкий.

Кипячение. Обычно пользуются кипятильником или стерилизатором. Инструменты, стеклянные предметы, резиновые трубки следует стерилизовать. В стерилизатор наливают воду, лучше горячую, и кладут нужные инструменты. Закрыв стерилизатор крышкой, его ставят на огонь или, если стерилизатор электрический, включают в сеть. Когда вода закипит, стерилизатор продолжают держать на огне еще 30 минут. Стеклянные предметы заливают холодной или слегка теплой водой. Дренажи кипятят не более 15—20 минут. В тех случаях, когда инструменты инфицированы спороносными бактериями (столбняк и газовая флегмона), их кипятят тотчас по употреблении в течение 40 минут и повторяют кипячение с перерывами 2—3 раза.

Стеклянные предметы (мензурки, шприцы, пробирки) кипятят отдельно от металлических инструментов, завернув в марлю, причем шприцы разбирают на отдельные части и каждую часть завертывают отдельно.

Все режущие инструменты (скальпели, ножницы) стерилизуют заливанием их спиртом на 30 минут. Спирт должен покрывать инструмент целиком.

Наиболее надежная и быстрая стерилизация производится паром под давлением в специальном аппарате — автоклаве. В нем можно стерилизовать инструменты, белье, перевязочный материал, одежду и предметы обихода. От длительной стерилизации в автоклаве портится резина.

На крышке автоклава имеется манометр, который отмечает давление пара внутри аппарата в атмосферах. О температуре внутри аппарата судят по давлению: давление на 1 атм. выше обычного будет всегда соответствовать температуре 120°, в 2 атм — 134° и т. д. На циферблате манометра имеется красная черта, указывающая, что превышение данного давления опасно. Предохранительный клапан автоклава установлен так, что он сам начинает выпускать пар, если манометр будет показывать давление выше 2 атм.

Для получения надежной стерилизации вполне достаточно, чтобы стрелка манометра показывала давление между 1 и 2 атм. При соответствующей этому давлению температуре в 120—134° стерилизация длится обычно 30—40 минут.

Техника. Налить в аппарат воды, так как подогревание без воды тотчас испортит аппарат. Наполнив внутреннюю камеру автоклава стерилизуемыми предметами, закрывают и привинчивают крышку; подогревают аппарат при открытом кране. Когда из крана начинает выходить пар равномерной струей (это указывает на то, что воздух из аппарата вытеснен), кран закрывают и следят за манометром. Когда давление поднимается до 1 атм., следует открыть еще раз кран и выпустить пар, чтобы вместе с ним вышли остатки воздуха; затем кран закрывают и ждут, когда стрелка манометра остановится на 1; этот момент считают началом стерилизации. Во все время стерилизации стрелка должна находиться между цифрами 1 и 2. По окончании стерилизации, когда аппарат немного остынет, выпускают полностью пар и только затем отвинчивают и открывают крышку, вынимают стерилизованные вещи. Если ждать полного остывания, то все стерилизованные вещи могут оказаться совершенно мокрыми.

Контроль стерилизации. Красочные пробы. 1. На бумажках ализариновой краской Шотнера написано: «Стерилизовано». Под влиянием пара при температуре 100° написанное бледно-желтой краской слово приобретает ярко-вишневую окраску. 2. Бумажки пропитывают крахмалом и затем погружают в люголевский раствор; при стерилизации они теряют свою темно-синюю окраску. Обе пробы ненадежны. 3. Применяют сплавы металлов или веществ (сера, резорцин), плавящихся при определенной температуре (резорцин плавится при 110°). Резорцин кладут в особые стеклянные трубочки с двойными стенками, в которых можно получить расплавление лишь через 15 минут. Этим способом получаются данные

для суждения о достаточной длительности стерилизации. 4. Более верные и надежные результаты дают бактериологические методы. В середину стерилизуемого материала кладут материал, инфицированный какими-либо спороносными бактериями, и по окончании стерилизации он подвергается исследованию (посев). Ответ может быть получен лишь на 2—3-й день.

ОБЕРТЫВАНИЕ. Влажные обертывания бывают согревающие и охлаждающие. Для согревающего обертывания на постели или на кушетке раскладывают одно или два шерстяных одеяла, поверх кладут смоченную в горячей воде (45—50°) и выжатую простыню. Иногда сначала на одеяло кладут большую клеенку, чтобы не мочить одеяла. Заранее раздетый больной быстро ложится посередине простыни и поднимает руки. Одной стороной простыни обертывают тело больного, затем больной опускает руки вдоль туловища, и другой стороной простыни покрывают больного с руками. Простыня закладывается складкой между ногами. Затем больного быстро укутывают одеялами, нижний конец которых подвертывается под ноги. Иногда дают больному выпить стакан горячего чая. Согревающее укутывание продолжается 20—60 минут, а иногда и дольше. При падении пульса, наступлении общей слабости, головокружении процедуру следует прекратить и больного развернуть. При холодных обертываниях простыню смачивают в холодной воде (20—10°), обертывают тело так же, как при согревающих обертываниях. Процедура продолжается всего несколько минут (3—10). Часто поверх простыни больного растирают.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ[1]. Определение групп крови. По гемолитическим свойствам кровяной сыворотки всех людей можно разделить на четыре основные группы[2]: первая группа обозначается 0 (I), вторая — A (II), третья — B (III), четвертая — AB (IV).

Техника. На чистом предметном стекле или, еще лучше, на краях белой фарфоровой тарелки специальным цветным карандашом на равном расстоянии пишут обозначения трех первых групп: O(I), A(II) и B(III). На тарелку или предметное стекло у места O(I), A(II) и B(III) последовательно разными пипетками наносят по одной крупной капле стандартной сыворотки группы O(I), A(II) и B(III). Каждую пипетку, после того как из нее выпущена капля сыворотки, немедленно опускают в тот флакон с сывороткой, из которого она была взята.

Три капли крови, каждая величиной с булавочную головку, последовательно переносят стеклянной палочкой на тарелку или предметное стекло рядом с ранее нанесенными каплями сыворотки группы O(I), A(II) и B(III).

Заметив на часах время, стеклянной палочкой перемешивают кровь с сывороткой группы O(I) до тех пор, пока смесь не примет равномерно розового цвета. Так же поступают с сывороткой остальных групп. Для каждой капли берут специальную стеклянную палочку.

Определение группы крови производится в течение 5 минут (следить по часам).

По истечении 5 минут к каждой капле смеси добавляют по одной капле физиологического раствора, после чего производят окончательную оценку результатов.

Чтобы судить о результате исследования, нужно выждать 5 минут. Сыворотка чужой группы вызывает агглютинацию (склеивание, собирание в кучки) эритроцитов, которые выпадают в виде хлопьев. Если со всеми тремя каплями агглютинации не получилось, то кровь больного принадлежит

---

[1] Проф. А. Н. Великорецкий.

[2] Кроме основных, имеются так называемые подгруппы, не представляющие большого практического значения.

к первой группе — O(I); если агглютинация имеет место с сывороткой O(I) и B(III), то испытуемая кровь принадлежит ко второй группе — A(II); если с O(I) и A(II), то к третьей группе — B(III); если же агглютинация произошла во всех трех каплях, то кровь принадлежит к четвертой группе — AB(IV).

Лучше переливать кровь одноименной группы; при невозможности следует придерживаться обязательно следующих правил:

1. Кровь I группы можно переливать лицам любой группы.
2. Кровь II группы можно переливать лицам II и IV группы.
3. Кровь III группы можно переливать лицам III и IV группы.
4. Кровь IV группы — только лицам IV группы.

Кроме определения группы крови, перед самым переливанием (независимо от того, что раньше уже было произведено это определение) следует произвести реакцию на совместимость крови. Для этого берут 3 капли сыворотки крови больного, смешивают с каплей донорской крови и в течение 5 минут следят за получаемой реакцией. Если получится реакция агглютинации, то кровь донора надо считать несовместимой с кровью больного.

Для переливания пользуются обычно консервированной кровью. Для консервации применяются либо специальные жидкости, либо 4—6% раствор лимоннокислого натрия (по 10 мл на 100 мл крови). Хранится кровь на леднике при температуре 2—4°; можно употреблять кровь, хранящуюся даже 15—20 дней, если она не подверглась изменениям. Плазма над осевшими эритроцитами должна быть прозрачной, янтарного цвета, без сгустков, хлопьев и пленок. Перед переливанием кровь согревают до комнатной температуры, ставя ее в сосуд с теплой водой и подливая воду все время с таким расчетом, чтобы она имела температуру не выше 38—39°. Через 15 минут кровь может быть перелита. Пробку, закрывающую банку с кровью, заменяют другой с двумя введенными в нее стеклянными трубками, причем одна длинная (почти до дна сосуда), другая короткая. На короткую трубку надевают резиновую трубку с канюлей. Трубку закрывают зажимом. На длинную трубку надевают резиновую с резиновым же баллоном для нагнетания воздуха (в целях усиления поступления крови в вену). Сжимать баллон надо очень осторожно и медленно. Пробку крепко привязывают к горлышку банки. Пробка и все трубки должны быть стерильными. Вынутую из воды банку обтирают и перевертывают, зажим снимают для удаления воздуха и наполнения системы кровью, после чего резиновую трубку вновь зажимают и банку, повернутую вверх дном, подносят к делающему переливание; ему же передают резиновую трубку и заранее приготовленную специальную иглу для переливания крови. Обычно переливание производят в локтевую вену. Операционное поле готовят обычным образом (см. *Венепункция, Венесекция, Впрыскивания внутривенные*). Как только из введенной в вену больного иглы показалась струйка крови, снимают зажим и канюлю надевают на иглу. Этим способом избегают попадания воздуха в систему. Вместо специальных банок часто применяют особые ампулы, в которых кровь заготовляется и из которых она переливается. Резинку на верхнем конце ампулы срезают, и кровь по резиновой трубке нижнего конца ампулы поступает в трубку, заканчивающуюся иглой. В остальном поступают, как описано выше.

Осложнения, ошибки, опасности зависят от технических погрешностей, от нарушения правил переливания крови и в первую очередь от неправильного определения группы крови. Вот почему перед самым переливанием крови надо вторично проверить и группу крови больного, и группу консервированной крови и провести пробу на совместимость. Появление агглютинации там, где ее на самом деле нет (ложная агглютинация), наблюдается в случаях, когда исследование производится при температуре ниже 10°, при способности сыворотки вызывать агглюти-

нацию со всеми эритроцнтами, при сгущении сыворотки н высыхании капли, несвежей взвеси эритроцитов и недостаточно чистой посуде. Для выяснения, нет лн псевдоагглютннации, разбавляют каплю сывороткн физиологическим раствором и вновь смешивают ее, слегка подогревая. Появлению агглютинацни может препятствовать повышение температуры более 30°, слабый титр сыворотки, чрезмерное количество эритроцитов и недостаточная продолжнтельность наблюдения.

Прн нарушении правил взятия и консервировання или переливания крови возможно попадание в русло кровообращения больного сгустков крови или воздуха, что может дать тяжелую картину эмболии сосудов мозга или сердечных. Реакция на переливанне наступает через 30—40 минут. Она состоит в появленин озноба, головной боли, боли в крестце, учащения пульса. Затем озноб сменяется чувством жара, повышением температуры до 39—40°. Достигнув максимума через 4—6 часов, температура снижается.

Необходнмо обложнть больного грелками, следить за пульсом, ввести 1 мл 10—20% раствора кофеина под кожу, срочно исследовать мочу, чтобы вовремя выявить возможное поражение почек.

Осложнения возникают иногда через 2—3 минуты после введения даже небольшого колнчества крови.

Для предупреждення тяжелого осложнения, которое бывает при несовместимости крови, переливание начинают с биологической пробы, т. е. введения небольшого (10—20 мл) колнчества крови, и выжидают 5 минут, не вынимая иглы нз вены. Еслн у больного пульс не падает, нет общего беспокойства, цианоза, болей в животе и пояснице, то переливанне продолжают. При появлении указанных выше симптомов вливание прекращают и в случае необходимости — внутривенно глюкоза 40% 10—20 мл, физиологический раствор 50—100 мл.

Переливание крови капельное производится по правнлам для капельного внутривенного вливания (*см.*) больших количеств жидкости и при соблюденин всех тех правнл, о которых говорнлось выше.

ПЕРЧАТКИ[1]. Перчатки тотчас после использования моют и тщательно высушивают. Кровь или гной должны быть смыты с перчаток, пока они еще не сняты с рук. Перчатки моют кнпятком с мылом, протирают насухо с обеих сторон и сушат. Инфицированные перчаткн после предварительного обмывания под краном сразу после применения опускают в какой-либо дезинфнцирующий раствор (сулема, лнзол, карболовая кислота), затем моют с мылом, кладут в такой же дезинфицирующий раствор на 20—30 минут, прополаскивают н кипятят 15 минут. Для проверки целости перчаток их надувают и смотрят, не проходит ли воздух; можно погрузить надутые перчатки в таз с водой: при наличии мельчайшего прокола его можно обнаружить по выхождению пузырьков воздуха.

Место, которое нужно зачинить, а также заплату тщательно обмывают бензином и смазывают специальным резиновым клеем; слегка подсушив клей, накладывают заплату на место разрыва и плотно прижимают чем-либо до полного высыхания клея. Заплату надо класть с внутренней стороны.

Стерилнзация. Перчатки можно простерилизовать в автоклаве. Перед стерилизацией их надо подобрать по номерам и попарно (правая и левая), тщательно пересыпать тальком и завернуть каждую пару в отдельную салфеточку (матерчатую или марлевую). В пальцы перчатки прн стерилизации вставляют марлевые салфетки, чтобы надежнее предохранить резину внутри пальцев от слипания. Перчатки стернлизуют в автоклаве при давлении в 1,5 атм. в течение 15 минут, но онн менее портятся

[1] Проф. А. Н. Великорецкий.

при стерилизации текучим паром под небольшим давлением при 105° в течение 40 минут. После этого в течение 15 минут перчатки высушивают в автоклаве. Можно стерилизовать перчатки и кипячением в растворе соды в течение 15 минут.

Чтобы перчатки легче было надевать, руки смачивают стерильным глицерином, спиртом или после обтирания их стерильным полотенцем припудривают тальком.

ПИТАНИЕ ИСКУССТВЕННОЕ. Кормят больных через тонкий зонд длиной приблизительно 30 см, который вводится через нос. Зонд кипятят, смазывают глицерином и осторожно вводят вдоль стенки носа кзади. Если больной закашляет или через зонд начнет входить и выходить воздух и появится одышка, значит зонд попал в дыхательное горло, и нужно его немедленно извлечь и ввести снова. На другой конец надевают воронку, через которую вливают жидкую пищу. При заращении пищевода производят кормление через фистулу (отверстие в желудке). Зонд вводят через фистулу в желудок, а на другой конец надевают воронку. Надо следить, чтобы рана не загрязнялась и чтобы желудочный сок не разъедал краев раны (см. *Клизмы питательные*).

ПИЯВКИ. Чаще всего пиявки ставят за ушами к сосцевидным отросткам, к шее под затылком или к копчику, а иногда и к другим частям тела: области печени (застой печени), сердца (инфаркт миокарда), закупоренных и воспаленных вен (тромбофлебиты). Пиявки должны быть голодные (тонкие, быстро двигающиеся), иначе они негодны для употребления. Кожу больного надо вымыть с мылом, но не туалетным, так как вследствие запаха от душистого мыла пиявки могут не присосаться. Кроме того, кожу сильно растирают, чтобы вызвать гиперемию, а иногда смачивают сахарной водой или кровью: тогда пиявки охотнее присасываются. Во время процедуры больной должен лежать. Пиявку захватывают пальцами около головного конца, который прикладывают к коже и ждут, пока пиявка присосется. Иногда пиявку кладут в пробирку головным концом к выходному концу пробирки, плотно приставляют последнюю к коже и ждут, пока пиявка присосется. За один прием ставят 4—6—8, а иногда и больше пиявок. Если пиявка быстро отпадает, значит она не годится, и на ее место надо поставить другую. Пиявка насасывает кровь в среднем в течение $^1/_2$—1 часа. Если пиявка долгое время не отпадает, ее нельзя отрывать, а нужно посыпать на нее немного соли или полить соленой водой, тогда она сама быстро отпадет. Пиявки нельзя ставить на места с поверхностно расположенными кровеносными сосудами, так как они могут прогрызть стенку сосуда и вызвать обильное кровотечение. После того как пиявка отпадет, кровь продолжает довольно долго сочиться из ранки благодаря особому веществу — г и р у д и н у, выделяемому пиявками, которое понижает свертываемость крови. После отпадения пиявки некоторое время дают крови свободно течь, а затем накладывают стерильную повязку. Если ранки продолжают кровоточить, то их повторно смазывают йодом или прижигают полуторахлористым железом и накладывают тугую давящую повязку. Иногда кровотечение становится угрожающим и приходится ранки зашивать или накладывать на них скобки.

ПОВЯЗКИ[1]. **Бинтовые.** Ширина бинта — от 5 до 10—20 см, смотря по тому, на какую часть тела ее накладывают, длина — около 5—7 м. Обычно бинт в 5 см употребляется для бинтования пальцев, в 7—9 см — для бинтования головы, предплечья, голени, в 9—18 см — для бинтования бедра и туловища. К р у г о в а я п о в я з к а. Конец бинта накладывают на бинтуемую часть тела, удерживают левой рукой, правой же разматывают бинт и обороты его ведут так, что один ложится на другой, прикрывая

[1] Проф. А. Н. Великорецкий.

его целиком. Спиральная повязка. Начинают, как предыдущую, с 2—3 круговых ходов, а затем ходы бинта ведут в косом направлении (спирально), лишь частично, на $^2/_3$, прикрывая предыдущий ход; когда же толщина конечности неодинакова, прибегают к перегибам. Крестообразная (восьмиобразная) повязка называется колосовидной повязкой. Если в восьмиобразной повязке ходы бинта в месте перекреста прикрывают предыдущие не вполне, а, перекрещиваясь по одной линии, ложатся ниже или выше предыдущих, то место перекреста напоминает вид колоса; в этом случае повязка будет колосовидной.

Гипсовая повязка. Проба гипса. При нагревании гипса (проба нагреванием) из него не должны выделяться пары воды, что легко определить, если над гипсом подержать зеркальце (оно запотеет). Проба на затвердение: небольшое количество гипса смешивают с таким же количеством воды, чтобы получилась гипсовая каша, напоминающая жидкую сметану. Эта каша должна застывать в течение 5—6 минут.

Улучшение качества гипса. При наличии комков и крупинок гипс просеивают через сито или протирают через натянутую над ведром редкую марлю. Можно улучшить качество отсыревшего гипса, прокалив его, но при температуре не выше 140°, поставив на несколько минут в протопленную печь.

Сохраняют гипс в металлических или стеклянных банках с притертыми пробками.

Приготовление гипсовых бинтов. Белую марлю для бинтов лучше резать, а не рвать. Длина бинта не более 2,5—3 м. Гипс втирают в бинт, нагипсованный конец осторожно складывают вдвое, вчетверо и т. д., скатывая таким образом пригипсованную часть.

Наложение повязки. Гипсовый бинт кладут в таз с водой. Толщина слоя воды в тазу должна быть вдвое больше толщины бинта. При промокании (прекращается выделение пузырьков воздуха) бинт вынимают и отжимают не туго, захватив концы бинта, чтобы из них не вытекла кашица.

Каждым ходом бинта покрывают $^2/_3$ предыдущего. На месте перегибов бинт подрезают с противоположной стороны или расправляют. К концу наложения первого бинта должен быть готов второй и т. д., пока повязка не будет иметь 2—3 слоя на верхней конечности, 3—4 — на голени и бедре, 5—6 — на туловище. Необходимо работать быстро, приготовив все необходимое заранее и правильно и удобно расположив материалы для повязки. После каждого слоя тщательно протирают повязку, пригоняя ее к неровностям (моделируя). Закрепляют концы повязки, подрезав гипс, иссекая круговую полосу шириной в 1—2 см.

Для повязки приготовляют следующие предметы: прогипсованных 13-сантиметровых бинтов не менее 6 штук — для повязки на туловище (корсет), 5 штук 13-сантиметровых и 4 штуки 6,5-сантиметровых — для повязки на бедро и голень, 4—6 штук 6,5-сантиметровых — для повязки на плечо и 2 штуки 6,5-сантиметровых — для повязки на предплечье; вата пластами или бинтами; простые бинты; таз, кувшин с водой; ножницы и нож для подрезания повязки. Для снятия повязку разрезают, смачивая ее горячей водой, раствором поваренной соли или, еще лучше, слабым раствором соляной кислоты.

Виды гипсовых повязок. Окончатая повязка. В повязке соответственно больному месту вырезают окно; кругом окна закладывают вату, лучше всего промоченную раствором шеллака в спирту или коллодием.

Шинные гипсовые повязки (лонгетки). Гипсовый бинт, соответствующий по ширине узкому месту выкройки, смачивают, как обычно, и укладывают продольными полосами. Количество слоев бинта: 10—15 — для нижней конечности, 5—8 — для верхней. Полосу тщательно разгла-

живают, плотно прижимая слои шины одни к другим. Лонгетка должна быть приготовлена быстро, пока гипс не начал застывать. Шину кладут на конечность, прибинтовывают и ждут, пока она не подсохнет. Повязка лонгеткой может быть приготовлена и иным способом: марлю выкраивают по выкройке, укладывают в 10—15 слоев и прогипсовывают. Готовые шины-лонгетки необходимо смочить и расправить.

Повязки лонгеткой. Необходимы лонгетки в 8—10 слоев и ватные подушечки для защиты костных точек (крестец, гребешки подвздошных костей и т. д.). Перед наложением необходимо уменьшить отечность конечности, придав ей возвышенное положение. Повязки лонгетками применяются при большинстве переломов предплечья, плеча, голени, кисти и стопы.

Клеоловая повязка. Прикрыв рану свернутой в несколько слоев марлей, окружность повязки смазывают помазком, смоченным клеолом, и ждут, пока она несколько подсохнет. После этого прикрывают всю область, смазанную клеолом, растянутой марлевой салфеткой и плотно ее прижимают. Края повязки, не прилипшие к коже, подрезают ножницами. Рецепт клеола: канифоль 50,0, эфир 100,0, скипидар 1,0.

Коллодийная повязка. Свернутая в несколько слоев марля закрывает область раны; на нее накладывают развернутую марлевую салфетку, заходящую со всех сторон на несколько сантиметров за края первой. Эти свободные края верхней салфетки, прилегающие прямо к коже, смачивают коллодием. При застывании коллодия края плотно прилипают к коже и хорошо удерживают всю повязку.

Косыночная повязка. Перевязь употребляют при ряде гнойных заболеваний и повреждений кисти, предплечья и плеча, при переломах ключицы и т. п. Середину косынки кладут под согнутое под прямым углом предплечье; основание ее располагается по средней линии тела, а верхушка направлена к локтю между туловищем и рукой; концы завязывают на шее. При оказании экстренной помощи косынку можно сделать из любого платка, сложив его с угла на угол. Косынка может быть использована для наложения повязок на любую часть тела.

Пластырная повязка. Полоски липкого пластыря накладывают поверх перевязочного материала, переходя на кожу с той и с другой стороны. Применяют липкообразную повязку: окись цинка — 100,0, желатина — 200,0, вода — 300,0, глицерин — 400,0. Клеевую массу приготовляют следующим образом: желатиновые пластинки кладут на несколько минут в холодную воду, пока они не впитают до 200,0 воды и не набухнут (станут мягкими). Их отжимают, ставят в сосуде в кипящую воду и перемешивают, пока они не растворятся. Одновременно с этим смешивают окись цинка с 300,0 воды; получается густая каша, в которую, помешивая, добавляют глицерин. Этот раствор прибавляют к жидкой желатине и выливают в плоскую чашку, где масса застывает. При употреблении берут кусок массы, распускают в сосуде, поставленном в горячую воду, и намазывают кистью полоски материи.

Шинная повязка. Цель повязки — создать покой для поврежденной части, уменьшить болезненность в поврежденной конечности во время переноски и перевозки больного и предупредить повреждение мягких тканей костными отломками при переломах. Поднимать конечность и накладывать повязку необходимо очень осторожно при некотором вытяжении конечности. Основное правило: не только иммобилизация области повреждения, но и установление в неподвижном состоянии по крайней мере двух ближайших суставов (один выше, другой ниже места повреждения), а при повреждениях бедра — трех суставов. Пользуются готовыми металлическими шинами из различных металлов — жести, цинка, железа и алюминия. Из металлических шин чаще применяют проволочные в виде двух толстых проволок с перекладинами (крамеровские). Шину приспособляют к любой части тела путем раздвигания проволочных перекладин и сги-

баиия продольных проволок. Применяют шины из деревянных дощечек, лубка, лучиины, картона. При отсутствии готовых шин их импровизируют, пользуясь предметами окружающей обстановки (прутья, пучки соломы и т. д.). Для транспортировки пострадавших с повреждением конечностей имеются транспортные шины; для бедра и верхних двух третей голени удобна шина Дитерихса.

ПРОКОЛ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ при наличии в ней жидкости производят троакаром. Положение больного сидячее, прислонившись к спинке стула, а тяжелобольных — лежачее на левом боку. Место прокола — по средней линии немного ниже середины расстояния между пупком и лобком или несколько кнаружи от середины расстояния между пупком и левой передневерхней остью подвздошной кости. Более безопасно производить прокол в правой нижней половине живота.

Лучше делать прокол по средней линии, чтобы не поранить подкожные сосуды. Перед проколом надо обязательно, если только возможно, определить, насколько выстоит над лобком мочевой пузырь, а у женщин и матка.

Если из-за величины асцита этого сделать невозможно, то лучше прокол произвести несколько выше. Перед процедурой больной должен помочиться. Поле прокола, а также руки врача подготовляют, как для операции. Место прокола анестезируют несколькими миллилитрами 0,25% раствора новокаина, приставляют троакар с мандреном и путем нажима прокалывают кожу. Затем удаляют мандрен; трубка же остается в брюшной полости, и по ней жидкость вытекает наружу. Жидкость следует выпускать медленно, живот стягивать полотенцем. После удаления троакара на отверстие накладывают шов и коллодийную повязку. Количество выпущенной жидкости должно быть точно зафиксировано в истории болезни. Прокол брюшной полости производит врач.

ПРОКОЛ ПЛЕВРЫ. Прокол производят с целью определить, имеется ли в полости плевры жидкость и каков ее состав. Прокол делают в шестом-восьмом межреберье по задней предмышечной линии или между IX и X ребром по лопаточной линии. Кожу больного протирают спиртом и эфиром, а затем смазывают йодом. Шприц, иглы и руки стерилизуют обычным способом (см. *Впрыскивания подкожные* и *Вливания внутривенные*). Смазывают йодом крайнюю фалангу левого указательного пальца, которым фиксируют углубление между ребрами, и вдоль пальца вводят между ребрами (у верхнего края ребра) иглу с надетым на нее 10- или 20-граммовым шприцем, которым осторожно вытягивают из плевры жидкость. Если нужно удалить из полости плевры большое количество жидкости, то ее откачивают с помощью аппарата Потена или, еще лучше, Леонова.

Аппарат Потена состоит из градуированной стеклянной бутыли, плотно закрывающейся резиновой пробкой, через которую пропущены две изогнутые металлические трубки с кранами. Одна металлическая трубка соединена резиновой трубкой с насосом, а другая — с иглой. Нужно обязательно трубку надеть на боковой конец насоса: в противном случае воздух из бутыли не будет откачиваться, а, наоборот, будет нагнетаться, что может повести к введению воздуха в полость плевры.

Сначала открывают кран трубки, идущей к насосу, и выкачивают воздух из бутыли при закрытом кране второй трубки. Стерильную иглу вкалывают в полость плевры таким же образом, как и при пробном проколе, затем закрывают кран трубки, идущей к насосу, и открывают кран трубки, идущей к игле. Благодаря отрицательному давлению в бутыли жидкость из полости плевры стекает в склянку. Когда жидкость перестанет поступать в бутыль, из нее вновь откачивают воздух. За один раз выкачивают 500—1000 мл жидкости, а иногда и больше.

Аппарат Леонова представляет собой удлиненный стеклянный цилиндр с суженными концами с обеих сторон, прикрепленный к штативу. На верхний конец надевают трубку, которая другим концом соединяется с иглой;

на нижний — надевают трубку, которая опущена в какой-либо сосуд. Предварительно цилиндр наполняют водой и на нижнюю трубку надевают зажим Мора. После того как игла введена в полость плевры, открывают зажим, и вода будет вытекать из сосуда, а в него будет поступать жидкость из полости плевры. По количеству воды, вытекшей из цилиндра, судят о количестве жидкости, выпущенной из полости плевры. Прокол плевры производит врач.

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА. Сначала вводят в желудок толстый желудочный зонд и извлекают все содержимое желудка (см. *Зондирование желудка*). Затем на конец зонда надевают соединительную стеклянную трубку, на другом конце которой закрепляют резиновую трубку с воронкой емкостью в 500—1000 мл. Воронку опускают ниже уровня желудка и наполняют теплой (30—36°) водой. После этого воронку постепенно поднимают несколько выше головы больного, и вода в силу тяжести наполняет желудок. Воронку быстро опускают вниз, когда в ней останется немного воды, и вода легко выходит из желудка обратно в воронку. Нужно внимательно следить, чтобы не вся вода из воронки прошла в желудок, так как в этом случае трудно будет выкачать обратно промывную воду. Из воронки воду выливают в подставленный таз, снова наполняют воронку водой, поднимают ее, промывают желудок, опускают воронку и выливают воду. Таким образом промывают желудок, пока вода, вытекающая из желудка, не станет совершенно чистой.

Техника промывания желудка аналогична технике сифонной клизмы.

Иногда промывание делают водой с примесью каких-либо лекарственных веществ, например слабым раствором двууглекислой соды (0,5—1%), марганцовокислым калием и др.

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ производят из обычной кружки Эсмарха, резиновую трубку которой надевают на введенный в мочевой пузырь катетер. Жидкость должна быть подогрета до 38—40°. Кружку помещают на 1—1,5 м выше уровня кровати или гинекологического кресла. За один прием вводят 100—400 мл жидкости; затем резиновую трубку снимают с катетера, выпускают жидкость из мочевого пузыря, снова надевают трубку и так повторяют несколько раз. Можно произвести промывание мочевого пузыря, не вводя в него катетера. На резиновую трубку надевают небольшой наконечник из плотной резины с конусообразным носиком, который накладывают в начальную часть мочеиспускательного канала и плотно придерживают. Техника промывания та же, что и с катетером. Чтобы расслабить сфинктер мочевого пузыря, больному предлагают сделать такое напряжение, как будто он мочится. После того как в мочевой пузырь введено определенное количество жидкости, наконечник вынимают, больной мочится, затем наконечник снова вкладывают; мочевой пузырь промывают несколько раз.

Приборы и жидкость для промывания должны быть стерильными. Для промывания применяют физиологический раствор, 2—3% раствор борной кислоты, растворы азотнокислого серебра 1 : 2000 — 1 : 5000, растворы марганцовокислого калия 1 : 10 000—1 : 5000 и др.

СОГРЕВАЮЩИЙ КОМПРЕСС см. *Компресс согревающий.*

СПИРТОВОЙ КОМПРЕСС см. *Компресс спиртовой.*

СПРИНЦЕВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА производят из кружки Эсмарха. На резиновую трубку длиной 1,5 м надевают слегка изогнутый стеклянный наконечник. Больная лежит либо на гинекологическом кресле, либо на постели с несколько приподнятым тазом. Ноги согнуты в коленных суставах, приведены к животу и раздвинуты. Количество воды — 1—2 л, а иногда и больше. Делают прохладные спринцевания (20—30°), теплые (35—40°) и горячие (до 45°). Под больную ставят подкладное судно. Пальцами левой руки разводят половые губы, обнажают вход во влагалище и вводят в него почти до отказа наконечник, в который уже заранее пущена по трубке жидкость путем открытия крана или онятия зажима. По окон-

чанин спринцевания осушают стерильной ватой наружные половые органы. После спринцевания больной предоставляют на 45—60 минут покой; лучше всего делать спринцевание перед сном. Наконечник должен быть стерилизован, кружка и трубка продезинфицированы.

ТЕРМОМЕТРИЯ. Термометры должны быть совершенно чистыми, так как ими пользуются различные больные. Термометры нельзя кипятить и мыть горячей водой. Поэтому их лучше всего хранить в дезинфицирующих растворах, для чего на дно стакана кладут кусок ваты, чтобы при опускании не разбить термометра, и наливают спирт (можно денатурированный) или раствор какого-либо дезинфицирующего вещества (хлорамина, риванола и др.).

Перед употреблением термометр нужно сухо вытереть, так как мокрые термометры ставить нельзя. Прежде чем поставить термометр, нужно посмотреть на уровень ртутного столба. Чтобы спустить ртуть, термометр необходимо встряхнуть. Для этого его берут правой рукой за верхнюю часть, поднимают руку и быстрым движением (рывком) опускают вниз. Такое встряхивание производят несколько раз — до тех пор, пока вся ртуть не опустится в резервуар.

У взрослых, как правило, температуру измеряют в подмышечной ямке. В какой подмышечной впадине измерять температуру — в правой или левой, — безразлично, но обычно измеряют ее в левой. Если подмышечная область влажная (потная), ее нужно вытереть досуха, иначе вследствие испарения влаги наступит охлаждение и термометр покажет температуру ниже действительной. Однако очень сильно тереть кожу нельзя, так как наступит гиперемия, кожа покраснеет, станет более горячей и это может вызвать местное повышение температуры, не соответствующее температуре тела. Во время измерения температуры больной может сидеть или лежать на спине. Ему приподнимают руку и вкладывают узкий конец термометра с ртутным резервуаром в подмышечную ямку; затем руку осторожно опускают и плотно прижимают термометр к грудной клетке; рука должна быть согнута в локтевом суставе так, чтобы предплечье лежало на груди. Если больной слаб или находится в бессознательном состоянии, ухаживающее лицо должно придерживать руку, под которой находится термометр. Нужно следить, чтобы между термометром и телом не попал рукав рубашки и чтобы конец термометра с ртутным резервуаром точно находился в подмышечной впадине, а не высовывался из-под руки. Детям, особенно маленьким, удобнее измерять температуру в паху; ребенка кладут на бок, поднимают ножку, закладывают термометр так, чтобы ртутный резервуар находился в паховой складке, и прижимают ножку, пригибая ее к животу. У маленьких детей ножку нужно придерживать в течение всего времени измерения температуры.

Измерение температуры можно производить также в полости рта и в прямой кишке. Во рту можно измерять температуру только взрослым, находящимся в полном сознании. Больной держит термометр во рту, плотно сжав губы, и дышит через нос; рекомендуется держать ртутный резервуар под языком. Прежде чем ввести термометр в рот, его следует тщательно продезинфицировать. Нельзя производить измерение температуры во рту при заболеваниях полости рта. В прямой кишке температуру измеряют преимущественно детям. Прямая кишка должна быть свободна от кала; больного кладут на бок; термометр смазывают вазелином и осторожно вводят в прямую кишку, взрослым — наполовину, детям — на 3—4 см; ягодицы должны плотно прилегать одна к другой; у детей рукой прижимают обе половины ягодиц. Эти измерения нельзя производить при заболеваниях прямой кишки, а также при поносах.

При измерениях температуры в полости рта или в прямой кишке нормальная температура доходит до 37,5°. Измеряя температуру во рту или прямой кишке, необходимо учитывать возможность тяжелых последствий в результате поломки стеклянного термометра.

При измерениях температуры нередко наблюдаются ошибки.

Во-первых, ошибки могут возникнуть вследствие недоброкачественности термометров, которые следует периодически проверять. Для этого их опускают в теплую (38—40°) воду вместе с заведомо правильным термометром — все термометры должны показать одинаковую температуру. Можно проверить термометры на больном или на самом себе, поставив их под обе руки, — температура на обоих термометрах должна быть одинаковая.

Во-вторых, ошибки могут произойти вследствие какой-либо оплошности в самой технике измерения температуры: термометр поставлен с неспущенной ртутью, ртутный резервуар торчит из-под руки, последняя неплотно придерживает градусник, между рукой и телом больного попала рубашка. Нужно иметь в виду, что если вблизи термометра находится грелка или пузырь со льдом, то на время измерения температуры их нужно убрать.

В-третьих, всегда следует помнить о возможности симуляции. Чтобы повысить температуру, больные прибегают к всевозможным ухищрениям: нащелкивают резервуар со ртутью, натирают термометр, предварительно нагревают подмышечную область грелкой или у печки, натирают подмышечную впадину солью, чтобы вызвать гиперемию. Реже у больного появляется желание показать, что он здоров. Для этого он ставит термометр так, чтобы ртутный резервуар торчал наружу, неплотно прижимает руку и т. д. При подозрении на симуляцию нужно проверить состояние подмышечных впадин больного и одновременно поставить термометры в обе подкрыльцовые ямки или наблюдать за больным во все время измерения температуры.

Температуру следует измерять 10 минут. По истечении этого срока термометр вынимают и записывают температуру, после чего термометр встряхивают до полного опущения ртути в резервуар и опускают в дезинфицирующий раствор. Если нужно этот термометр сразу поставить другому больному, то его протирают ваткой или кусочком марли, смоченными в этом же растворе, и вытирают насухо. Перед постановкой термометра нужно вторично проверить, не поднялась ли ртуть от нагревания, вызванного трением термометра.

ГЛАВА XV

ПРОСТЕЙШИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ. Техника взятия крови. Кровь из пальца можно получить при помощи любого колющего инструмента: иглой от шприца, писчим пером, оспопрививательным перышком и т. д. Наиболее удобным инструментом является специальная игла Франка для взятия крови. Она состоит из ланцета с пружиной, который находится в металлическом футляре. На ланцет навинчивается муфта так, чтобы острие ланцета выстояло на бóльшую или меньшую величину (обычно 2—3 мм). Иглу обеззараживают спиртом, тщательно протирая ее. Подобное обеззараживание бывает недостаточно, поэтому часто применяют съемные иглы, которые кипятят в стерилизаторе (иглу Франка кипятить нельзя) и для каждого больного иглу меняют. Место кожи, где берут кровь, протирают спиртом, а затем эфиром. Кровь берут из мякоти ногтевой фаланги пальца больного. Если руки больного загрязнены, то предварительно их нужно вымыть мылом со щеткой. Иглу втягивают в футляр (колпачок), который плотно приставляют перпендикулярно к пальцу; затем нажимают замок, пружина спускается, игла пробивает кожу на глубину, соответствующую выступающему из колпачка кончику иглы. Поэтому предварительно устанавливают длину кончика ланцета, выстоящего из муфты. Первую выступившую каплю стирают кусочком стерильной марли. Кровь берут из второй и следующих капель. После взятия крови нужно приложить к месту укола кусочек стерильной марли или ваты и предложить больному прижать ее другим пальцем.

Определение количества гемоглобина производят при помощи гемометра. Он состоит из металлического футляра, в середину которого вставляется пустая маленькая градуированная пробирка с делениями от 10 до 140. По обе ее стороны находятся две запаянные пробирки, содержащие определенной крепости раствор солянокислого гематина. В новых приборах вместо пробирок помещают сплошные стеклянные палочки соответствующего цвета.

Перед взятием крови в совершенно чистую и сухую пробирку до метки 10 наливают децинормальный раствор соляной кислоты. Кровь берут из пальца, насасывая ее капиллярной пипеткой, приложенной к прибору до метки 20. Кончик пипетки обтирают ваткой, опускают пипетку до дна пробирки и осторожно выдувают кровь в раствор. Затем этот раствор втягивают и выдувают обратно в пробирку несколько раз, чтобы смыть оставшуюся в пипетке кровь. В результате смешивания крови с соляной кислотой гемоглобин переходит в солянокислый гематин, и раствор приобретает коричневый цвет. Через несколько минут в этот раствор прибавляют пипеткой по каплям дистиллированную воду и помешивают стеклянной палочкой до тех пор, пока цвет раствора испытуемой крови сравняется с цветом боковых стандартных пробирок. Деление пробирки, которое будет соответствовать уровню раствора, укажет процент содержания гемоглобина в данной крови. Условно считается, что при 100% гемоглобина и 5 000 000 эритроцитов в 1 мм^3 цветной показатель равен 1.

Цветной показатель вычисляют по следующей формуле: количество гемоглобина исследуемой крови относится к нормальному количеству гемоглобина так, как количество эритроцитов данной крови к нормальному количеству эритроцитов. Например, в исследуемой крови определено 60% гемоглобина и 4 000 000 эритроцитов, цветной показатель будет равен:

$$\frac{60}{100} : \frac{4\,000\,000}{5\,000\,000}, \text{ или } \frac{60 \times 5\,000\,000}{100 \times 4\,000\,000}.$$

После сокращения получают:

$$\frac{3 \times 5}{5 \times 4} = \frac{15}{20} = 0{,}75.$$

Упрощенный способ определения цветного показателя: число найденного процента гемоглобина (например, 60) делят на удвоенное число сотен тысяч найденного количества эритроцитов (например, 40; 40 × 2 = 80).

$$\frac{60}{80} = \frac{15}{20} = \frac{3}{4} = 0{,}75.$$

В настоящее время выпускают новые гемометры, определяющие количество гемоглобина более точно. Градуированная пробирка гемометра имеет две шкалы, нанесенные с обеих ее сторон. Первая шкала показывает количество гемоглобина в граммах на 100 мл крови. Вторая шкала показывает единицы гемометра (так называемые проценты гемоглобина), при этом 100 единиц соответствуют 16,67 г %.

У мужчин среднее содержание гемоглобина составляет 15,8 г %, т. е. 95 единиц, а у женщин 13,7 г %, т. е. 82 единицы.

Отношение между показаниями в единицах прежнего гемометра и настоящего равно приблизительно 1 : 1,20, а между показаниями настоящего и прежнего — 1 : 0,83.

Следовательно, если по старому гемометру у больного определено 75% гемоглобина, то по новому будет 90 единиц (75 × 1,2); если же по новому было определено 90 единиц (15 г %), то по старому это будет (90 × 0,83) 75% (74,7%).

Определение количества форменных элементов крови. Кровь набирают в особые смесители, которые представляют собой капиллярные пипетки, заканчивающиеся небольшим стеклянным резервуаром с небольшой свободно лежащей стеклянной бусинкой. На пипетке смесителя для счета красных кровяных телец посередине есть метка 0,5, в конце — 1, а где оканчивается резервуар — 101. На пипетке смесителя для лейкоцитов есть такие же деления, но только резервуар ее меньше и в конце его стоит метка 11.

Для счета эритроцитов кровь разбавляют 3% раствором поваренной соли. В качестве разбавляющей жидкости для счета лейкоцитов пользуются 5% раствором уксусной кислоты, которая растворяет эритроциты и не изменяет лейкоцитов.

Для счета эритроцитов берут смеситель с большим резервуаром, насасывают кровь до деления 0,5 или 1 (лучше брать кровь до 0,5, чтобы разбавить кровь в 200 раз), обтирают кончик смесителя ваткой и сразу опускают смеситель в раствор поваренной соли и насасывают его до метки 101. Затем зажимают концы смесителя пальцами одной руки и встряхивают: бусинка равномерно распределяет форменные элементы.

Для счета лейкоцитов берут смеситель с меньшим резервуаром, насасывают кровь до метки 1, обтирают кончик смесителя ваткой и затем набирают до метки 11 раствор уксусной кислоты. Таким образом кровь раз-

бавляют в 10 раз. По окончании насасывания раствора смеситель хорошо встряхивают, зажав его концы.

Форменные элементы крови можно считать только под микроскопом в специальной счетной камере. Счетная камера состоит из толстого предметного стекла, на которое наклеен стеклянный кружок. Дно камеры (кружка) представляет тончайшую сетку, состоящую из больших квадратов, из которых каждый в свою очередь разделен на 16 маленьких квадратиков.

Каждый большой квадрат, который под микроскопом занимает почти все поле зрения, отделен от другого тремя тончайшими линиями. Сторона маленького квадратика равна $^1/_{20}$ мм, а площадь, следовательно, $^1/_{400}$ мм^2. Камера окружена рамкой, которая на 0,1 мм выше сетки. На рамку кладется толстое шлифованное стекло.

Расстояние между сеткой и стеклом равняется 0,1 мм; следовательно, объем одного деления на сетке составит:

$$^1/_{10} \times {^1/_{400}} = {^1/_{4000}} \text{ мм}^3.$$

Кружок от рамки отделяется небольшим углублением, куда может вылиться излишняя кровь, нанесенная на сетку. Существуют различные счетные камеры, устроенные по этому принципу.

Наиболее удобной является камера Предтеченского-Ключарева. На предметном стекле прикреплены две стеклянные пластинки, служащие опорой для покровного стекла. Между ними находится средняя пластинка, плоскость которой на 0,1 мм ниже предыдущих. Эта пластинка разделена на две части поперечным желобком. На каждую половину средней пластинки нанесено по одной сетке, состоящей из 100 больших квадратов.

Камера, углубление, рамка и покровное стекло должны быть совершенно чисты и сухи. Прежде чем выпустить разбавленную кровь на сетку, нужно снова несколько раз встряхнуть смеситель, как указано выше, чтобы форменные элементы распределились равномерно. Затем выпускают из смесителя 1—2 капли на фильтровальную бумагу и лишь после этого наносят небольшую капельку раствора на сетку. Капелька должна быть только такого объема, чтобы она покрывала всю сетку. Когда капля нанесена, ее осторожно, чтобы не образовалось воздушных пузырей, покрывают покровным стеклом, которое плотно прижимают к рамке.

В камере Предтеченского-Ключарева сначала плотно накладывают покровное стекло, а затем каплю разведенной крови, висящую на конце смесителя, подносят сбоку к щели между сеткой и покровным стеклом. Жидкость равномерно распределяют между сеткой и покровным стеклом. Для экономии времени можно на одну сетку выпустить кровь для подсчета эритроцитов, а на другую — для подсчета лейкоцитов.

Для более или менее точного подсчета красных кровяных телец достаточно сосчитать их в 5 больших или 80 малых квадратах. Счет производят в определенном порядке. Удобнее всего начинать с верхнего левого малого квадрата. Считают все эритроциты, расположенные внутри квадрата, а затем на верхней и левой границе. После этого переходят к следующим квадратам и так сосчитывают количество эритроцитов во всем большом квадрате. После подсчета эритроцитов во всем большом квадрате полученное число записывают и препарат подвигают под микроскопом на следующий большой квадрат. Таким образом сосчитывают эритроциты в 5 больших квадратах. Предположим, что в 5 больших или 80 малых квадратах мы насчитали 448 эритроцитов; следовательно, в одном малом квадрате их будет $\frac{448}{80}$. Выше было указано, что объем малого квадрата равен $\frac{1}{4000}$ мм^3, значит в 1 мм^3 эритроцитов в 4000 раз больше, т. е. $\frac{448}{80} \times 4000$. Кровь была разбавлена в 200 раз, следовательно, в действи-

тельности эритроцитов должно быть в 200 раз больше, чем мы сосчитали:

$$\frac{4\,448 \times 4000 \times 200}{80} = 448 \times 1\,000 \times 10 = 4480\,000.$$

Это и будет число, указывающее количество красных кровяных телец в 1 мм³ исследуемой крови. Практически не нужно производить всех указанных арифметических вычислений; достаточно к сосчитанному числу эритроцитов прибавить четыре нуля, чтобы получить количество эритроцитов в 1 мм³ (конечно, только в том случае, если кровь разбавлена в 200 раз и эритроциты были сосчитаны в 80 малых квадратах).

Для подсчета белых кровяных телец препарат готовится таким же образом. Так как лейкоцитов гораздо меньше и на большой квадрат их приходится всего 3—4, то нужно сосчитывать их в большем количестве квадратов, по крайней мере в 25.

Если пользоваться камерой Тома-Цейсса, в которой всего 16 больших квадратов, приходится производить подсчет 2 раза, а при более точном подсчете и больше. Поэтому для счета, особенно лейкоцитов, удобнее пользоваться камерой Предтеченского-Ключарева.

Вычисление производится аналогично подсчету эритроцитов. Предположим, что в 25 больших квадратах или 400 (25 × 16) малых было сосчитано 74 лейкоцита. На один малый квадрат приходится $\frac{74}{400}$ лейкоцитов. Полагая, что объем одного малого квадрата равен $\frac{1}{4000}$ мм³, кровь для счета лейкоцитов была разбавлена в 10 раз, получим количество лейкоцитов в 1 мм³:

$$\frac{74 \times 4000 \times 10}{400} = 74 \times 10 \times 10 = 7400.$$

Практически следует к сосчитанному числу лейкоцитов прибавить два нуля (если кровь была разбавлена в 10 раз и лейкоциты были сосчитаны в 25 больших квадратах).

Приготовление мазков крови и их окраска. Делают укол в палец, как было указано выше, и к выступившей капле, не касаясь пальца, прикладывают предметное стекло с какого-либо одного края. После этого стекло поворачивают каплей вверх и берут его между первым и третьим пальцем левой руки. Первым и третьим пальцем правой руки берут покровное стекло, приставляют его плотно ребром к предметному стеклу, приблизительно под углом в 45°, подводят к капле крови и после того, как кровь распределится вдоль ребра покровного стеклышка, быстро проводят им по предметному стеклу. Мазок можно производить не покровным стеклышком, а предметным, но только шлифованным. В таком случае желательно предварительно обломать угол стеклышка, чтобы мазок был меньше ширины стекла (по середине стекла), — получается тонкий равномерный мазок крови.

Приготовление толстой капли. На предметное стекло берут большую каплю крови, размазывают ее иглой до величины серебряного гривенника и кладут стекло вверх кровью, чтобы капля высохла.

Фиксация мазков. Когда кровь подсохла, мазок фиксируют (закрепляют). Для фиксации удобнее всего пользоваться метиловым спиртом; можно фиксировать и денатурированным спиртом. Предметные стекла складывают попарно мазками наружу и ставят стаканчик (кюветку) наклонно. Препараты держат в метиловом спирту от 3 до 5 минут, а в денатурированном — 10 минут, после чего их вынимают пинцетом, промывают дистиллированной водой и ставят вертикально, чтобы дать высохнуть. Препарат с толстой каплей не фиксируют.

Окраска мазков. Затем приступают к окраске мазков. Наиболее простой и дающей очень хорошие результаты является краска Романовского-Гимза, которая состоит из двух красок: красной — эозина (кислая краска) и синей — азура (основная краска). Перед окраской готовую краску Романовского-Гимза разбавляют дистиллированной водой из расчета одна капля краски на 1 мл воды и встряхивают, чтобы получился равномерный раствор. На фиксированный мазок наливают приготовленную заранее краску Романовского-Гимза таким образом, чтобы она тонким слоем покрыла весь препарат, но не стекала с краев. Окрашиваются препараты приблизительно в течение 20—25 минут, после чего краска смывается дистиллированной водой. Окраску и промывку препарата с толстой каплей нужно производить очень осторожно, потому что нефиксированная толстая капля легко смывается водой или раствором краски.

Эритроциты окрашиваются эозином в розовый цвет. Лейкоциты окрашиваются по-разному, причем ядра имеют всегда сродство к основным краскам, а потому окрашиваются в темный цвет, протоплазма же окрашивается различно в зависимости от вида лейкоцитов. Ядра лимфоцитов окрашиваются в темно-фиолетовый цвет, а тонкий слой протоплазмы — в сине-голубой. Ядра моноцитов обыкновенно окрашиваются не так интенсивно, как ядра лимфоцитов, протоплазма моноцитов синевато-серого цвета. Кроме того, моноциты отличаются от лимфоцитов тем, что у первых слой протоплазмы значительно шире, ядро расположено эксцентрично и имеет неправильные контуры. В протоплазме моноцитов иногда наблюдаются включения в виде отдельных зернышек красновато-фиолетового цвета. Нейтрофилы имеют несколько ядер (сегментов), соединенных между собой очень тонкими нитями, которые окрашиваются в темно-фиолетовый цвет; мелкие зернышки протоплазмы окрашиваются одинаково как эозином, так и азуром, а потому принимают фиолетовый цвет. Протоплазма нейтрофилов как бы нейтральна к обеим краскам, почему эти клетки и получили название нейтрофилов. Зерна протоплазмы эозинофилов крупнее зерен нейтрофилов и окрашиваются исключительно эозином в ярко-красный цвет; отсюда эти клетки и получили название эозинофилов. Базофилы состоят из лопастного ядра и крупных зерен, которые красятся главным образом основными красками (азуром), а потому и ядро, и зерна окрашиваются в темно-фиолетовый цвет. Кровяные пластинки (тромбоциты) окрашиваются в фиолетовый цвет.

Окрашенные мазки крови лучше всего рассматривать под микроскопом с масляной иммерсией.

Лейкоцитарная формула (процентное отношение разных видов лейкоцитов к общему их числу).

Лейкоцитарная формула нормальной крови: лимфоцитов 20—25%, моноцитов 4—6%, нейтрофилов 55—65%, эозинофилов 2—4%, базофилов 0—1%. Эта формула показывает, что у здорового человека с нормальным составом крови она в известных пределах может видоизменяться. В патологических же случаях лейкоцитарная формула может значительно меняться независимо от общего количества белых кровяных телец.

При лейкоцитозе обычно наблюдается не равномерное увеличение всех видов лейкоцитов, а увеличение только одного или 2—3 видов, количество же других видов лейкоцитов может даже уменьшаться. Соотношение отдельных элементов формулы при многих, особенно инфекционных болезнях, довольно постоянно для данной болезни. Так, для туберкулеза (обычно в стадии компенсации) характерно увеличение лимфоцитов. Увеличение количества эозинофилов наблюдается при различных гельминтозах, при бронхиальной астме (при аллергических состояниях). Малярия сопровождается увеличением числа моноцитов. При крупозном воспалении легких наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз.

Определение скорости оседания эритроцитов (РОЭ) производят в приборе Панченкова, который представляет собой деревянный штатив определенной величины со вставленными в него строго вертикально специальными пипетками, удерживаемыми пружиной; кончик пипетки упирается в кусочек мягкой резины. Набирают в пипетку 5% раствор лимоннокислого натрия до метки 50, выдувают его в солонку; из укола пальца набирают кровь до верхней метки (всю пипетку) и выдувают ее в ту же солонку. Таким способом набирают кровь 2 раза. Хорошо перемешав кровь с лимоннокислым натрием, набирают полную пипетку смеси и ставят в штатив, отметив время. Эритроциты оседают, и над ними остается прозрачный желтый слой плазмы. Ровно через час отсчитывают количество делений (в миллиметрах) сверху от уровня плазмы до уровня кровяного столбика. Для более четких результатов запись ведут каждые 15 минут, так как интенсивность оседания все время меняется, особенно при заболеваниях. У здоровых мужчин (взрослых) РОЭ равна 8 мм в час, у женщин — 10 мм в час; она ускорена у детей, у беременных, при воспалительных и гнойных процессах, при острых инфекционных заболеваниях, при туберкулезе и других заболеваниях; замедлена при желтухе и некоторых других болезнях.

Паразиты крови. Спирохеты возвратного тифа (спирохета Обермейера) находятся в крови больных возвратным тифом во время приступа, появляясь за несколько часов до начала лихорадки. Окрашивать препарат крови можно по способу Романовского-Гимза, но еще проще раствором карболового фуксина (краска Циля) в течение 5 минут; затем краску смывают дистиллированной водой. Эритроциты и лейкоциты окрашиваются фуксином в красный цвет; в такой же цвет окрашиваются и спирохеты, которые имеют вид спиралеобразно завитых тонких нитей, свободно плавающих в крови.

Для открытия малярийных плазмодиев лучшим способом является окраска по Романовскому-Гимза, но препарат следует держать в краске дольше обычного — до 45—60 минут. В начале лихорадки в эритроцитах находят молодые формы плазмодиев в виде небольшого комочка или кольца, состоящего из слоя протоплазмы, окрашенного в голубой цвет, и красно-фиолетового ядра. Затем количество протоплазмы увеличивается, появляются отростки разной формы. По мере созревания плазмодий принимает округлую форму и заполняет почти весь эритроцит, который увеличивается в $1^1/_2$—2 раза. Количество пигмента в паразите становится больше, причем он разбросан по всей клетке. После этого пигмент собирается в комочек с края клетки, а сам паразит начинает делиться: это новые молодые паразиты (мерозоиты). Каждая форма малярии имеет своего возбудителя. Различают три вида плазмодия: трехдневной лихорадки, четырехдневной и тропической малярии. Молодые формы плазмодиев всех трех видов имеют форму кольца, причем при тропической малярии иногда в одном эритроците находится по два, по три и даже по четыре кольца. Количество мерозоитов бывает различно: в плазмодии трехдневной лихорадки — 15—25 мерозоитов, четырехдневной — 6—8 и тропической — 15—25 мерозоитов. При четырехдневной лихорадке зрелые формы принимают не округлую, а лентовидную форму. Если болезнь продолжается долго, то в крови появляются половые формы плазмодиев, называемые гаметами. Гаметы имеют овальную форму, свободно плавают в крови или окружены тонким слоем эритроцита.

При тропической малярии гаметы имеют своеобразную полулунную форму.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ. Реакция мочи у здорового человека должна быть кислой или слабокислой. Ее определяют лакмусовой бумажкой. Для определения реакции мочи пинцетом захватывают за один конец синюю лакмусовую бумажку, а другой конец опускают в мочу. Если бумажка покраснеет, значит моча кислой реакции, если же цвет бумажки

не изменится, то реакция может быть нейтральной или щелочной. Тогда таким же образом опускают в мочу красную бумажку: если она посинеет, то моча щелочная, если останется без изменений, значит реакция нейтральная.

Удельный вес мочи. Средний удельный вес нормальной мочи равен 1015—1020. Для определения удельного веса наливают мочу в достаточно широкий и высокий цилиндр, чтобы урометр не касался его стенок и не доходил до дна. Урометр перед опусканием в мочу должен быть сухим; опускают его медленно и замечают деление на шкале, которое соответствует уровню мочи, указывающему на удельный вес. Сначала опускают в мочу урометр с делением от 1000 до 1025. Если шкала не доходит до уровня мочи, значит удельный вес ее выше 1025; тогда опускают в мочу второй урометр с делениями от 1025 и до 1050.

Качественное определение белка. Моча должна быть совершенно прозрачной, поэтому перед каждым исследованием ее фильтруют[1]. Затем нужно определить реакцию мочи, так как для исследования на белок она должна быть кислой.

Проба кипячением. В пробирку наливают несколько миллилитров профильтрованной кислой мочи и кипятят. Появление белых хлопьев или мути указывает на присутствие белка в моче. Если моча была нейтральной или щелочной реакции, ее предварительно подкисляют несколькими каплями 10% раствора уксусной кислоты.

Проба с азотной кислотой. В пробирку или, еще лучше, в конический сосуд наливают 2—3 мл крепкой азотной кислоты. По стенке сосуда пипеткой осторожно приливают мочу, чтобы она не смешалась с кислотой. Тогда образуется два слоя: нижний, состоящий из азотной кислоты, удельный вес которой выше удельного веса мочи, и верхний — из мочи. При наличии белка в моче на месте соприкосновения двух жидкостей образуется мутное белое кольцо, состоящее из свернувшегося белка. Если в моче мало белка, то белое кольцо появляется на границе двух жидкостей спустя 2—3 минуты.

Проба с сульфосалициловой кислотой. К 5—10 мл кислой профильтрованной мочи прибавляют 5—10 капель 20% раствора сульфосалициловой кислоты. При небольшом количестве белка получается ясное помутнение, при большом — выпадает беловатый хлопьевидный осадок.

Количественное определение белка. Когда установлено наличие белка в моче, приступают к количественному его определению. Опытным путем установлено, что образование мутного кольца на месте соприкосновения мочи с азотной кислотой через 2—3 минуты показывает, что в моче содержится 0,033‰ белка. Если белое кольцо появляется сразу, то мочу разводят до тех пор, пока кольцо образуется только через 2—3 минуты. Число разведений умножают на 0,033; полученное произведение покажет промильное (или на тысячу) содержание белка. Предположим, что при 80-кратном разведении мутное кольцо образовалось через $2^1/_2$ минуты; белка в данной моче будет $0{,}033 \times 80 = 2{,}64$‰.

Качественное определение сахара. Для определения сахара чаще всего употребляется *реакция Ниландера*, которая проводится с однонменным реактивом. Если моча содержит белок, то профильтрованную мочу слегка подкисляют уксусной кислотой, добавляют поваренной соли и кипятят. Полученный осадок белка отфильтровывают и

---

[1] Иногда муть плохо отфильтровывается. Если это зависит от уратов, то мочу подогревают до исчезновения мути. При наличии мути, вызванной бактериями, мочу перед фильтрованием нужно взболтать с инфузорной землей или жженой магнезией.

затем в фильтрате определяют присутствие сахара. К 5—10 мл фильтрованной мочи прибавляют 1—2 мл реактива Ниландера и кипятят 2 минуты. При наличии сахара осадок, а также вся жидкость темнеют, принимают коричневый, а затем черный цвет.

Количественное определение сахара. Для определения количества сахара в моче нужно брать всю суточную мочу, так как важно знать не количество сахара в данной порции мочи, а количество его, выделенное больным в течение суток. Отдельные порции мочи, взятые в разное время суток (дневная или ночная порция), могут содержать различное количество сахара.

Сначала измеряют суточное количество мочи, а затем приступают к определению количества сахара.

Наиболее быстрым простым способом определения количества сахара является поляризационный метод, который в настоящее время применяется почти везде. Моча должна быть кислой реакции, совершенно прозрачной и по возможности обесцвеченной. Ее подвергают фильтрованию, подкисляют уксусной кислотой, если она щелочная, и в случае надобности обесцвечивают. Для этого прибавляют на 50 мл мочи 1 чайную ложку уксуснокислого свинца (свинцового сахара), после чего мочу снова фильтруют. Обесцветить мочу можно также несколькими граммами животного угля, для чего нужно взболтать мочу с углем и затем профильтровать.

Вся посуда, в которой производят растворение свинцового сахара, должна быть абсолютно сухой, так же как трубка и стеклышки поляризационного аппарата. Если посуда мокрая, то ее нужно сполоснуть дистиллированной водой, так как с водопроводной водой свинцовый сахар дает муть. При фильтровании, несмотря на все предосторожности, первые капли обычно бывают мутными, поэтому их рекомендуется не спускать в тот сосуд, который приготовлен для фильтрата. Если моча содержит белок, то нужно перед исследованием освободить мочу от него, так как белок вращает плоскость поляризации влево и своим присутствием может извратить результаты исследования.

Трубку поляризационного аппарата наливают доверху, закрывают ее приложенным круглым стеклом, надвигая стекло сбоку так, чтобы в трубке совершенно не было пузырьков воздуха. Затем трубку завинчивают металлическим колпачком и вставляют в желобок аппарата. Если моча содержит сахар, то в трубку поляризационного аппарата ясно видно, что правая половина поля зрения будет темнее левой. Вращая винт, нужно выровнять освещение обеих половин поля зрения. Шкала укажет степень отклонения поляризованного луча, которое соответствует определенному количеству процентов сахара, что и значится на шкале.

Определение желчных пигментов. В конический стаканчик или пробирку наливают 5—10 мл профильтрованной кислой мочи, свободной от белка. Если моча щелочная, то ее предварительно подкисляют несколькими каплями 10% уксусной кислоты. На мочу осторожно наслаивают по стенке стаканчика 1% спиртовой раствор йода. Реакция будет положительной, если на месте соприкосновения двух жидкостей образуется зеленое кольцо. 1% спиртовой раствор йода приготовляется перед началом реакции путем смешения 1 мл йодной настойки (10% спиртовой раствор йода) с 9 мл 95° алкоголя.

Определение уробилина. К 10 мл мочи прибавляют столько же миллилитров хорошо взболтанного 10% спиртового раствора хлористого цинка, затем мочу фильтруют; при рассматривании фильтрата ясно видна зеленая флуоресценция.

Микроскопическое исследование мочевого осадка. Мочевой осадок получают центрифугированием. После центрифугирования жидкость из стеклянной пробирки сливают, осадок достают пипеткой и выпускают на предметное стекло одну не слишком большую каплю, кото-

рую прикрывают покровным стеклом. Покровное стекло подводят к капле сбоку под углом в 45°. Когда жидкость распределится по ребру покровного стекла, его медленно опускают на каплю, чтобы под стеклом не образовалось пузырей воздуха. Препарат рассматривают под микроскопом.

Неорганизованные осадки мочи. *Мочекислые соли* имеют вид мелких зернышек, окрашенных в желтый цвет. *Мочевая кислота* выпадает в виде кристаллов различной формы, желто-бурого цвета, которые под микроскопом имеют вид ромбических табличек, брусков, бочонков, щеток, песочных часов и т. п.

Щавелевокислая известь, или *оксалаты*, имеет вид квадратных кристаллов, похожих на конверты.

В щелочной моче чаще встречается фосфорнокислая аммиак-магнезия, мочекислый аммоний, аморфные фосфаты.

Фосфорнокислая аммиак-магнезия (*трипельфосфат*) имеет вид бесцветных кристаллов в форме трех-, четырех- или шестиугольных призм, похожих на гробовые крышки.

Кристаллы *мочекислого аммония* имеют вид желто-бурых шаров с отростками и шипами.

Аморфные фосфаты (фосфорнокислая известь, фосфорнокислая магнезия) по внешнему виду очень сходны с уратами: они тоже состоят из мелких зернышек и шариков, часто собранных в кучки. От уратов они отличаются тем, что бесцветны и находятся только в щелочной моче.

Организованные осадки мочи состоят из элементов, поступающих в мочу из крови, почечной ткани и мочевыводящих путей: эпителиальные клетки, слущенные со слизистой оболочки мочевыводящих путей, клетки почечных канальцев, всевозможные цилиндры, эритроциты, лейкоциты, бактерии. Лейкоциты и эпителиальные клетки мочевыводящих путей и наружных половых органов в небольшом количестве находятся и в нормальной моче. Клетки почечного эпителия и цилиндры наблюдаются только в патологической моче и главным образом при воспалении почек.

Эпителий мочевыводящих путей состоит из многоугольных, кругловатых больших клеток неправильной формы с одним маленьким ядром и зернистой протоплазмой. Некоторые клетки могут быть удлиненными, с отростками, откуда получают название *хвостатых клеток*. Большое количество их может вызвать подозрение на поражение почечных лоханок.

Клетки *почечного эпителия* являются клетками почечных канальцев и находятся в моче только при воспалении почек. Они немного больше лейкоцитов, многоугольной или круглой формы, с большим ядром.

Лейкоциты — гнойные тельца, имеющие форму небольших зернистых шариков, которые отличаются от клеток почечного эпителия меньшей величиной и отсутствием ядра.

Эритроциты меньше лейкоцитов, слабо окрашены в желтый цвет и имеют форму дисков с вдавлением в середине. Сбоку эритроциты имеют вид бисквитов. Красные кровяные тельца, потерявшие красящее вещество, называются *выщелоченными эритроцитами*.

Цилиндры эпителиальные представляют собой как бы трубку из клеток слущенного эпителия мочевого канальца; клетки этих цилиндров будут несколько меньших размеров, чем отдельные клетки почечного эпителия, свободно плавающие и разбухшие в моче.

Цилиндры зернистые являются дегенеративно перерожденными эпителиальными цилиндрами, состоящими из зернышек — продуктов распада клеток почечного эпителия.

Цилиндры гиалиновые, возможно, представляют собой дальнейшее изменение зернистых цилиндров. Они бледны, с неясно очерченными контурами, однородные по своему строению, часто с наложенными клетками почечного эпителия, лейкоцитами или эритроцитами.

Цилиндры восковидные — большие, широкие и резко ограниченные, с восковым блеском, имеют поперечные перехваты. Предполагают,

что они образуются из перерожденных эпителиальных цилиндров, долгое время находящихся в почечных канальцах.

Микробы. Препарат всегда следует тщательно просмотреть с целью обнаружения микробов. При необходимости мазки окрашивают специальными красками для определения вида бактерий.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО. Определение общей кислотности, т. е. суммы всех кисло реагирующих веществ, куда входит свободная соляная кислота, связанная соляная кислота и различные органические кислоты. Исследование производят путем титрования профильтрованного желудочного сока децинормальным раствором едкого натра. По количеству щелочи, пошедшей на нейтрализацию, судят о степени общей кислотности и количестве свободной, а также связанной соляной кислоты. 10 или 5 мл профильтрованного желудочного содержимого наливают в стаканчик или маленькую колбочку, куда прибавляют в качестве индикатора 1—2 капли 1% спиртового раствора фенолфталеина, который в кислой среде бесцветен, а в щелочной становится ярко-красным. Из бюретки в колбочку по каплям осторожно прибавляют децинормальный раствор едкого натра, все время слегка взбалтывая ее до появления бледно-розового окрашивания, что является концом реакции. Высчитывают, сколько миллилитров едкого натра пошло на нейтрализацию всех кислот желудочного содержимого. Полученное число умножают на 10, чтобы определить количество децинормального раствора едкого натра, необходимого для нейтрализации 100 мл желудочного содержимого. Предположим, что на 10 мл желудочного сока пошло 4,8 мл титрованного раствора, или 48 мл на 100 мл. Значит, общая кислотность в данном желудочном содержимом будет равна 48. Если титровали 5 мл желудочного сока, то количество титрованного раствора, пошедшего на нейтрализацию, нужно умножить не на 10, а на 20. Общая кислотность желудочного сока в норме колеблется в пределах от 40 до 60.

Определение свободной соляной кислоты. В качестве индикатора применяют диметиламидоазобензол, который в присутствии свободной соляной кислоты из желтого становится ярко-красным: берут 10 или 5 мл профильтрованного желудочного содержимого, куда прибавляют 1—2 капли диметиламидоазобензола. Титрование продолжают до тех пор, пока красный цвет содержимого не начнет переходить в желтый. Полученное количество миллилитров умножают на 10 или 20 и получают число миллилитров децинормального раствора едкого натра, необходимого для связывания всей свободной соляной кислоты в 100 мл желудочного содержимого. Свободной соляной кислоты в нормальном желудочном соке содержится 20—40.

Указанные числа являются условным обозначением и ни в коем случае их нельзя считать за проценты.

Зная количество кубических сантиметров децинормального раствора едкого натра, необходимое для нейтрализации свободной соляной кислоты в 100 мл желудочного содержимого, можно определить процентное содержание соляной кислоты, так как 1 мл децинормального раствора едкого натра соответствует, т. е. нейтрализует, 0,00365 г чистой соляной кислоты [1]. Положим, в нашем случае свободной соляной кислоты оказалось 38, т. е. на 100 мл желудочного содержимого пошло 38 мл децинормального раствора едкого натра для связывания всей свободной соляной кислоты.

---

[1] 1 л нормального раствора едкого натра, содержащий 40 г вещества, эквивалентен 1 л нормального раствора соляной кислоты, содержащей ее 36,5 г. 1 л децинормального раствора едкого натра соответствует 3,65 г соляной кислоты, 1 мл — 0,00365 г.

Следовательно, процентное содержание ее будет равняться: $0{,}00365 \times 38 = 0{,}14\%$.

Если в нормальном желудочном содержимом свободной соляной кислоты находится от 20 до 40, то нормальное процентное содержание ее будет находиться в пределах от $0{,}00365 \times 20 = 0{,}07\%$ до $0{,}00365 \times 40 = 0{,}15\%$.

Одновременное определение общей кислотности и свободной соляной кислоты. К 10 мл профильтрованного желудочного содержимого сразу прибавляют оба индикатора: фенолфталеин и диметиламидоазобензол. От присутствия последнего содержимое окрасится в красный цвет.

Титрование продолжают до перехода красного цвета в красновато-желтоватый, т. е. до момента нейтрализации свободной соляной кислоты. Число миллилитров раствора, пошедшего на связывание свободной соляной кислоты, укажет на ее количество. Затем продолжают титрование до перехода бесцветного фенолфталеина в розовый цвет. Общее количество миллилитров децинормального раствора едкого натра, необходимое для окончания всей реакции, определит общую кислотность.

Определение связанной соляной кислоты. Титруют 5 или 10 мл профильтрованного желудочного содержимого децинормальным раствором едкого натра. Индикатором служит 1% водный раствор ализарина (2—3 капли). Конец реакции определяется по появлению фиолетовой окраски в испытуемой жидкости. Ализарин реагирует со всеми кислотными соединениями, за исключением связанной соляной кислоты. Чтобы определить количество связанной соляной кислоты, нужно из числа, определяющего общую кислотность, вычесть число, полученное при титровании с ализарином.

Молочная кислота. В патологических случаях в желудочном содержимом находятся органические кислоты: молочная, уксусная и масляная. Наибольшее клиническое значение имеет присутствие молочной кислоты, которая образуется в результате молочнокислого брожения углеводов, вызванного особыми молочнокислыми палочками. Молочная кислота часто появляется при раке желудка, когда отсутствует соляная кислота.

Определение молочной кислоты. К 15—20 мл 1% раствора карболовой кислоты прибавляют одну каплю полуторахлористого железа, вследствие чего раствор приобретает темно-фиолетовый цвет. Полученную смесь разбавляют дистиллированной водой до образования светло-аметистового цвета, после чего к ней прибавляют по каплям профильтрованный желудочный сок.

От присутствия молочной кислоты аметистовый цвет переходит в канареечно-желтый.

Кровь заметна макроскопически, если она имеется в значительном количестве. При небольшой ее примеси можно найти под микроскопом эритроциты, а кроме того, определить кровь при помощи реакции с бензидином или реакции Вебера. Желудочный сок должен быть нефильтрованным — см. *Исследование кала.*

Микроскопическое исследование желудочного содержимого. Для приготовления неокрашенного препарата желудочного содержимого ему дают предварительно отстояться, со дна сосуда пипеткой достают небольшое количество осадка, наносят на предметное стекло и покрывают покровным. Микроскопическое исследование начинают с малого увеличения и затем переходят к большему.

После пробного завтрака по Боас-Эвальду в нормальном желудочном содержимом находят довольно большое количество крахмальных зерен в различной степени переваривания, единичные дрожжевые клетки, плоский эпителий из полости рта и единичные растительные клетки.

Крахмальные зерна имеют вид слоистых шарообразных и овальных образований различной величины, находящихся в различных стадиях переваривания.

Плоский эпителий из полости рта состоит из больших неровных клеток с небольшим ядром.

Клетки цилиндрического эпителия сравнительно небольшие, удлиненные.

Жир встречается в виде блестящих шаров в норме в единичных экземплярах.

Дрожжевые грибки часто соединяются группами в виде цепочек или виноградных кистей. При процессах брожения количество их может быть значительным.

Растительные клетки обычно больших размеров, своеобразного строения, встречаются как в нормальном, так и в патологическом желудочном соке.

В желудочном содержимом, в котором находятся остатки пищи с предыдущего дня, могут попадаться мышечные волокна с поперечной полосатостью.

Лейкоциты находятся в желудочном соке при различных воспалительных процессах в слизистой оболочке; особенно много их при гнойных воспалениях. Обычно лейкоциты сильно изменены, встречаются чаще одни ядра, без протоплазмы, которая растворяется желудочным соком.

Эритроциты неизмененные говорят о недавнем кровотечении.

Сарцины — особый вид грибков, имеющих форму перевязанных тюков; развиваются при хронических катарах желудка, при его расширении, когда застаивается желудочное содержимое.

Большое диагностическое значение имеет присутствие молочнокислых палочек, вызывающих молочнокислое брожение с образованием молочной кислоты. Молочнокислые палочки появляются только при отсутствии соляной кислоты. Они довольно большой величины, неподвижны, с закругленными краями, расположены часто под углом одна к другой.

Молочнокислые палочки достаточно хорошо видны на свежем препарате без окраски.

В патологическом желудочном содержимом часто находится слизь, которая в большом количестве выделяется слизистой оболочкой при ее катаре (воспалении).

Слизь имеет вид тонких, малозаметных волокнистых, продольно исчерченных полосок.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА. Кровь в большом количестве настолько изменяет внешний вид кала, что ее можно определить без всяких исследований.

Если кровь выделяется из нижних отрезков кишечника, то она обычного цвета, если из верхних, то переваренная кровь, смешанная с калом, приобретает темный цвет, получается так называемый дегтеобразный кал. Для определения незначительных, незаметных частиц крови прибегают к химическим исследованиям, для чего пользуются реакцией Вебера. Ее применяют и для нахождения крови в моче и желудочном содержимом. Небольшое количество кала, взятое из разных мест всей его массы, растирают с водой, а затем с несколькими миллилитрами ледяной уксусной кислоты. К полученной смеси прибавляют $^1/_3$ объема эфира, закрывают пробирку или цилиндр и несколько раз опрокидывают, чтобы извлечь кровяной пигмент. После этого эфирную вытяжку как более легкую сливают в чистую пробирку, куда приливают 5—10 капель алкогольного раствора гваяковой смолы и 20 капель озонированного скипидара. От присутствия крови жидкость окрашивается в синий цвет.

Более чувствительна и проста реакция с бензидином. На предметном стекле размазывают тонким слоем кусочек кала и на него

наносят 2—3 капли следующего реактива: 0,025 г бензиднна, растворенного в 2,5 мл ледяной уксусной кислоты и смешанной с 2,5 мл 3% перекиси водорода (вместо перекнси водорода употребляют еще перекись барня). В присутствии крови появляется темно-зеленое нли синее окрашивание.

Эта реакция настолько чувствительна, что за 2—3 дня до исследования ие рекомендуется есть мясо, так как кровяной пигмент, содержащийся в мясе, может дать положительную реакцию с бензидином. Микроскопическое исследованне кала. Многие составные части кала бывают настолько нзмельчены или микроскопнческн малы, что при самом тщательном макроскопическом исследоваиии обнаружить их не удается. Если кал твердый, то небольшой кусочек его илн несколько кусочков, взятых из разных мест, растирают с физиологнческим раствором поваренной соли или дистиллированной водой. Каплю приготовленного таким образом кала стеклянной палочкой наносят на предметное стекло и осторожно накладывают сверху покровное. Если кал полужидкий или жидкий, то его непосредственно наносят на стекло для исследования. Нужно следить за тем, чтобы слой не был слишком густым. Очень жидкий кал следует центрифугировать н исследовать полученный осадок.

Мышечные волокна находятся в нормальном кале, если человек потребляет большое количество мяса. Значительное количество мышечных волокон против нормы указывает на плохое переваривание, т. е. на катар тонких кишок илн на заболевание поджелудочной железы. Мышечные волокна неправнльной формы, часто окрашены желчью в желтый цвет; для ннх очень характерна поперечная полосатость.

Соединительная ткань беловато-сероватого цвета, волокнистого строения, встречается в большом количестве при недостаточном желудочном пищеварении.

Жир находится в виде блестящих круглых капель при нарушенни перевариваемостн жиров в результате отсутствия желчи или при заболевании поджелудочной железы.

Крахмальные зерна всегда говорят о пораженин тонких кишок.

Растительные клетки различной величины и формы встречаются и в нормальном кале при употребленни растительной пищи (овощей, фруктов и ягод).

Клетки эпителия, преимущественно цилиндрического, в большом количестве встречаются при воспалении слизистой оболочки кишок.

Эритроцнты неизмененные находятся в испражнениях только при кровотечениях нз нижних отрезков кишок, например прн геморрое.

Лейкоциты в кишечнике распадаются и под микроскопом не обнаруживаются. Лишь при воспалительном процессе (особенно гнойном) в нижием отделе толстых кишок или прямой кишке находятся перерожденные или даже неизмененные белые кровяные тельца.

Яйца аскарид имеют овальную, почти круглую форму, желто-коричневого цвета, покрыты плотной неровной оболочкой н состоят из мелкозернистой массы.

Яйца власоглава овальные, с крышечками на концах, покрыты оболочкой и тоже с зернистым содержимым.

Яйца острицы овальной формы, с крупнозернистой серединой, покрыты двойной оболочкой.

Яйца анкилостом овальной формы, покрыты тонкой оболочкой. Находятся обычно в стадии дробления на четыре ростка (бластомеры).

Яйца стронгилоидов (кишечиой угрицы) овальной формы с тонкой оболочкой, очень похожи иа яйца анкилостом. Обычно яйца стронгилоидов в испражнениях не встречаются, так как из яиц еще в стенке кишечника, как правило, вылупляются личинки, которые тоже можно наблюдать под микроскопом. Онн нмеют двойное расширенне пнщевода нли цилиндрпческнй пищевод.

Яйца свиного цепня имеют круглую форму, покрыты исчерченной оболочкой; внутри находятся крючья зародыша.

Яйца бычьего цепня настолько сходны с яйцами свиного цепня, что по ним нельзя различить эти два вида глистов.

Яйца карликового цепня имеют овальную форму с тонкой оболочкой; внутри находится зародыш (онкосфера) с длинными нитевидными придатками.

Яйца широкого лентеца овальной формы, покрыты оболочкой. Яйцо состоит из кружков почти равной величины; на одном его конце находится крышечка, которая открывается при выходе зародыша.

Яйца описторхиса (кошачьей или сибирской двуустки) овальной формы, с крышечкой на конце. Их находят в кале и в еще большем количестве в дуоденальном содержимом.

Яйца печеночной двуустки (фасциол) крупные, овальные, темно-желтого или даже коричневого цвета, с крышечкой на одном конце. Большое диагностическое значение имеет нахождение их в дуоденальном содержимом.

Кроме того, под микроскопом исследуют бактерии и простейшие (одноклеточные) животные организмы, к которым относятся: амебы (дизентерийная, кишечная и др.), балантидии, лямблии.

Исследование простейших нужно производить в свежевыделенных и сохраненных в теплом виде испражнениях.

Амеба дизентерийная имеет небольшое плохо различимое ядро и зернистую протоплазму. Активная форма амебы подвижна, образует псевдоподии. Характерной особенностью ее является наличие в протоплазме эритроцитов, захваченных амебой.

Балантидии относятся к инфузориям, обитают в толстом кишечнике, являются самыми крупными паразитами из простейших. Они имеют яйцевидную форму и по всей поверхности снабжены ресничками.

Лямблии обитают на всем протяжении кишечника, особенно в верхних отделах. Поэтому их чаще удается обнаружить в дуоденальном содержимом. Паразит очень подвижен и по форме напоминает грушу. Лямблии имеют заостренный хвостовой конец и четыре пары жгутиков; у переднего края находятся два ядра. Макроскопическое исследование кала на глистов. Рассматривая кал, нужно всегда обращать внимание, не находятся ли в нем глисты, их обрывки или отдельные членики. Круглые глисты, даже маленькие острицы, легко обнаруживаются в кале. Ленточные глисты редко самостоятельно выделяются из кишечника. В кале находят обыкновенно оторвавшиеся части большей или меньшей длины, а также отдельные членики. Часто обрывки и хлопья слизи принимают за ленточных глистов. По найденным членикам можно сказать, какой вид глистов обитает в человеке. Чтобы точно сказать, какому глисту принадлежат членики, нужно рассмотреть их строение. Членик кладут между предметными стеклами, раздавливают его, смотрят на свет, и тогда ясно обозначается ветвистое строение членика, имеющего матку, наполненную яйцами. У свиного цепня матка состоит из 7—10 довольно толстых разветвлений. Членик бычьего цепня значительно больше свиного; матка состоит из 20—30 более тонких веточек и имеет боковой выводной проток. Членики широкого лентеца более короткие и широкие; в середине их находится матка в виде темной розетки.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ. Микроскопический вид мокроты на неокрашенном препарате. Выбирают из мокроты предварительно прокаленной, но остуженной лопаточкой или металлической петлей маленькие зернышки или комочки зеленоватого или желто-белого цвета и кладут на середину заранее приготовленного предметного стекла. Взятые части мокроты, не размазывая, покрывают покровным стеклом, которое придавливают ручкой лопаточки так, чтобы все содержимое распределилось тонким равномерным слоем. Под микроскопом

мокрота представляется в виде слизистой массы неопределенного строения, в которой разбросаны различные форменные элементы.

Клетки плоского эпителия большие, многоугольные, с небольшим ядром. Значительное количество таких клеток говорит о воспалительном процессе в верхних дыхательных путях. Иногда при тяжелом поражении бронхов в мокроте находят цилиндрические клетки мерцательного эпителия продолговатой формы с вытянутым концом.

Альвеолярный эпителий состоит из круглых клеток с довольно большим круглым ядром; встречается при многих легочных заболеваниях. Иногда его находят в большом количестве в мокроте туберкулезных больных.

Форменные элементы крови — эритроциты и лейкоциты — в единичных экземплярах находятся во всякой мокроте. Если в мокроте имеется значительная примесь крови, то эритроциты складываются в «монетные столбики» и могут покрывать все поле зрения. Лейкоциты в небольшом количестве попадаются в серозной и слизистой мокроте. Гнойная мокрота сплошь состоит из лейкоцитов. В мокроте встречаются лейкоциты всех видов. При некоторых заболеваниях преобладают одни виды, при других — другие.

Эластические волокна являются составной частью легочной ткани, и нахождение их в мокроте говорит о распаде легочной ткани. Эластические волокна наблюдаются при туберкулезе, а также при абсцессе и гангрене легких, при бронхоэктатической болезни. Они имеют вид блестящих ветвящихся нитей с двойным контуром, которые в большинстве случаев располагаются пучками, сохраняя форму альвеол.

Чтобы найти эластические волокна, когда их немного, берут 4—6 мл мокроты, прибавляют такое же количество 10% раствора едкого кали и нагревают до кипения, пока не растворится мокрота. Затем к жидкости прибавляют несколько капель 1% спиртового раствора эозина и центрифугируют ее. В капле осадка под микроскопом видны блестящие эластические волокна, окрашенные в оранжево-красный цвет.

Спирали Куршмана имеют вид спирально извитых тонких нитей, которые встречаются чаще всего при бронхиальной астме.

Кристаллы Шарко-Лейдена имеют вид блестящих бесцветных кристаллов, встречающихся в комочках мокроты чаще всего вместе со спиралями Куршмана.

При большом их количестве они слагаются в кучки. Чаще всего кристаллы Шарко-Лейдена встречаются при бронхиальной астме. Иногда их находят при бронхитах и туберкулезе легких.

Приготовление мазка. Выбирают из различных мест мокроты отдельные комочки и частицы, кладут их на предметное стекло, покрывают другим предметным стеклом и несколько раз раздвигают для получения тонкого мазка. После этого препарат должен совершенно высохнуть на воздухе, иначе при дальнейшей обработке белок мокроты свернется.

Фиксация препарата. Сухие мазки мокроты фиксируют на пламени горелки, быстро проводя предметные стекла 3—4 раза над огнем, причем слой мокроты должен быть обращен вверх. Фиксировать нужно очень тщательно: если фиксирование произведено недостаточно, то при окраске мокрота смоется; при чрезмерной фиксации на огне мокрота обуглится и препарат будет испорчен.

Окраска метиленовой синькой или фуксином. На приготовленный и зафиксированный препарат наливают краску на 2—3 минуты так, чтобы она покрыла все стекло, но не перелилась через края. Затем краску смывают дистиллированной водой, препарат высушивают и кладут под микроскоп для осмотра.

Окраска по Граму. Сначала препарат в течение 2—4 минут окрашивают карболовым раствором генцианвиолета, наливая краску на

фиксированный препарат, покрытый фильтровальной бумагой, затем опускают на 1—2 минуты в люголевскую жидкость[1], после этого обесцвечивают в чистом алкоголе, пока препарат не станет бледно-серым. По окончании окраски препарат обмывают дистиллированной водой, высушивают и исследуют под микроскопом. Бактерии окрашиваются по Граму в сине-фиолетовый цвет. Чтобы они ярче выступали после окраски, препарат красят какой-либо дополнительной краской, например разведенным фуксином ½—1 минуту. Тогда сине-фиолетовые бактерии ясно выступают на красном фоне. Бактерии, красящиеся по Граму, называются грамположительными, а некрасящиеся — грамотрицательными. К грамположительным бактериям относятся: диплококки Френкеля, стрептококки, стафилококки, туберкулезные палочки, дифтерийные и др., а к грамотрицательным — гонококки, палочки Фридлендера, инфлюэнцы, тифозные и др.

Гноеродные бактерии — стрептококки — имеют вид цепочек, круглые кокки — стафилококки — соединяются в виде гроздей винограда.

Гноеродные бактерии наблюдаются при гнойных заболеваниях легких, например при их абсцессе, а также и при других легочных заболеваниях: бронхитах, воспалении легких, туберкулезе.

Диплобациллы Фридлендера (пневмобациллы) — довольно толстые, короткие палочки, расположенные попарно и заключенные в капсулу. Они в большом количестве наблюдаются при воспалении легких, а кроме того, бывают и при других легочных заболеваниях.

Диплококки Френкеля (пневмококки), окрашенные по Граму, имеют вид двойных удлиненных кокков, окруженных бесцветной капсулой. Концы диплококков, обращенные друг к другу, закруглены, а противоположные заострены. Диплококки Френкеля являются возбудителями крупозного воспаления легких, хотя иногда встречаются и при других легочных заболеваниях.

Туберкулезные палочки (окраска по способу Циль-Нильсена). На приготовленный и зафиксированный препарат мокроты, удерживаемый пинцетом, кладут полоску фильтровальной бумаги, величина которой должна быть меньше предметного стекла. Поверх бумаги наливают краску Циля (карболовый раствор фуксина) в таком количестве, чтобы она не перелилась через край стекла. Затем снизу подогревают стекло на горелке до образования паров (но не до кипения), после чего пинцетом снимают фильтровальную бумагу, смывают дистиллированной водой излишнюю краску и помещают препарат в 25% раствор серной кислоты, в котором держат его до обесцвечивания. Затем его обмывают дистиллированной водой и переносят для дополнительного обесцвечивания на несколько минут в чистый спирт; наконец, снова обмывают дистиллированной водой, высушивают и исследуют. На бесцветном фоне выступают окрашенные фуксином в красный цвет туберкулезные палочки. Чтобы они были видны яснее, препарат после обесцвечивания серной кислотой, спиртом и обмывания водой окрашивают дополнительно в течение ½—1 минуты раствором метиленовой синьки. После этого остаток краски смывают дистиллированной водой, препарат высушивают, и под микроскопом видны красные туберкулезные палочки на синем фоне.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛЕТОВ.

Взятие мазка из зева для исследования. Для взятия мазка пользуются специальным прибором, состоящим из пробирки и проволоки, пропущенной через пробку, которой пробирку плотно закрывают. На нижний конец проволоки, который немного не доходит до дна про-

[1] Раствор Люголя: йода кристаллического 1 г, йодистого калия 2 г, воды дистиллированной 300 мл.

бирки, накручен небольшой ватный тампон. Весь этот несложный прибор стерилизуют и отпускают в закрытом виде.

Нужно указать больному, чтобы он незадолго до снятия налетов не полоскал рта: нельзя также смазывать ему горло дезинфицирующими средствами. Перед самым взятием мазка надо вынуть за пробку тампон из пробирки, прижать шпателем спинку языка (как при осмотре зева), быстро ввести тампон в зев и снять налет с миндалин или другого воспаленного места слизистой.

Если на миндалинах имеются налеты, тампон проводят по ним таким образом, чтобы он всеми своими сторонами пришел в соприкосновение с налетами. Вынув тампон изо рта, следует сразу вложить его обратно в пробирку, стараясь не касаться внутренней стенки ее, чтобы не смазать налет с тампона. Плотно закрыв пробкой пробирку, тотчас отправляют ее в лабораторию, чтобы тампон не высох и бактерии не погибли. Если лаборатория находится в другом помещении, то зимой нужно предохранять пробирку с исследуемым материалом от охлаждения, так как от холода бактерии могут погибнуть.

Приготовление мазка, фиксация и окраска. Для микроскопического исследования полученного материала вынимают тампон из пробирки и размазывают его по абсолютно чистому предметному стеклу. Если удалось с налета снять пленку, то ее стараются целиком нанести на стекло. Препарат высушивают и красят так же, как препараты с мокротой. Обыкновенно красят разведенным раствором Циля или леффлеровской метиленовой синькой. Краской Циля окрашивают в течение 1 минуты, а леффлеровской — 2 минут, не подогревая препарата.

Дифтерийная палочка напоминает туберкулезную, но только толще ее. Длина их различна: одни несколько длиннее, другие короче; они слегка изогнуты и по концам немного утолщены. Часто дифтерийные палочки располагаются кучками в виде раздвинутых пальцев руки. При окрашивании леффлеровской синькой палочки имеют немного зернистый вид, так как остаются неокрашенные участки; концы палочки окрашиваются несколько интенсивнее.

Лучше всего дифтерийные палочки окрашиваются по способу Нейссера. Окраска производится двумя красками. Первой краской красят 15—30 секунд, затем препарат ополаскивают водой, после чего окрашивают второй краской тоже 15—30 секунд и опять ополаскивают водой. При двойной окраске по Нейссеру дифтерийные палочки окрашиваются в коричневый цвет, а утолщения на концах (полюсные зерна) — в темно-синий.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

Исследование на гонококки Нейссера. Каплю гноя размазывают на два предметных стекла, высушивают на воздухе, фиксируют в метиловом алкоголе и окрашивают: один препарат по Граму (см. *Исследование мокроты*), другой метиленовой синькой (водный раствор наливают на 1 минуту, сливают, обмывают). Препараты высушивают. Гонококки представляются в виде бобов, лежат попарно вне- и внутриклеточно. Метиленовой синькой гонококки окрашиваются в ярко-синий цвет, а при окраске по Граму — в красный цвет фуксина (гонококки принадлежат к грамотрицательным бактериям).

Исследование на трихомонады. На предметное стекло наносят каплю физиологического раствора температуры 35—37° и немедленно берут только что появившуюся каплю выделений из влагалища и смешивают; покрывают предметным стеклом и исследуют под микроскопом. Трихомонады (живые) представляют собой движущиеся по всему препарату простейшие грушевидные формы с 3—5 жгутиками, расположенными у переднего конца тела.

ГЛАВА XVI

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ

ЗАМЕРЗАНИЕ. Если температура тела падает до 20° в прямой кишке, то возвратить к жизни пострадавшего не удается. Предрасполагающими причинами являются опьянение, различные болезни, ранения, особенно со значительными потерями крови, голодание, утомление при больших переходах, старческий и детский возраст.

Замерзание начинается с чувства озноба, вялости и усталости. Затем наступает сонливость, пострадавший засыпает, при этом члены его коченеют, дыхание и сердечная деятельность слабеют, и уже во сне наступает смерть.

Лечение. При отсутствии признаков жизни энергичное растирание больного с применением искусственного дыхания и введением под кожу сердечных возбуждающих (камфара, кофеин). Отогревание производят медленно. Когда к пострадавшему возвращается сознание, ему дают пить горячий чай и кофе. В дальнейшем больной нуждается в тщательном согревании и укутывании.

ЗЕМЛЕЙ ЗАСЫПАННЫЕ. Откопать засыпанных; быстро разобрать камни, доски, землю и осторожно вынести пострадавших. Очистить нос и рот от песка, земли и пр. Если пострадавший без сознания и у него отсутствует дыхание, немедленно приступить к искусственному дыханию. При наружных повреждениях, в зависимости от их характера, видоизменяют меры помощи. Так, при переломах рук нельзя применять искусственное дыхание по методу Сильвестра, при переломах ребер — по методу Шефера (см. *Искусственное дыхание*).

В случае наружных повреждений (переломов, ранений) оказывается соответствующая помощь (см. *Хирургические болезни*).

При обмороке смачивают нашатырным спиртом кончик носового платка или ватку и осторожно подносят к носу больного (см. *Обморок*). При охлаждении тела обкладывают его грелками, бутылками с горячей водой, растирают кожу щетками. При ослаблении сердца впрыскивают камфару, кофеин, стрихнин.

КРОВОТЕЧЕНИЕ. Кровотечение венозное или из мелкой артерии можно приостановить путем наложения давящей повязки, кровотечение из более или менее крупной артерии — путем прижатия ее пальцем выше места повреждения к глубжележащей кости или ее выступу. Если раненого нужно транспортировать в лечебное учреждение, то до оказания хирургической помощи ему накладывают кровоостанавливающий жгут выше места кровотечения, обычно на бедро или плечо. Можно наложить жгут и на голень или предплечье. Жгут растягивают и в таком виде обертывают им конечность несколько раз, а затем закрепляют крючком за цепочку или завязывают узел. Чтобы при накладывании жгута не защемить кожу, предварительно нужно обернуть конечность полотенцем, платком или несколькими ходами бинта; подкладывая палец под жгут, можно расправить кожные складки, образующиеся от стягивания конечности, и таким обра-

зом предохранить кожу от ущемления. При наложении жгута необходимо добиться максимального расслабления мышц, для чего конечность сгибают в локтевом или коленном суставе. Конечность затягивают до тех пор, пока прекратится кровотечение. Показателем этого является исчезновение пульса на лучевой артерии или тыле стопы и побледнение конечности. Если жгут наложен недостаточно плотно, то сжимаются только вены; конечность синеет и кровотечение только усиливается. Слишком тугое перетягивание может повести к размозжению тканей с развитием параличей: при перетягивании конечности нужно уловить момент прекращения кровотечения и исчезновение пульса.

Более 2—$2^1/_2$ часов нельзя оставлять конечность под жгутом, так как кровоснабжение, а следовательно, и питание тканей конечности прекращаются и может наступить омертвение (гангрена) тканей.

Поэтому у транспортируемых раненых жгут должен быть виден и в сопровождающих больного документах необходимо отметить точное время его наложения.

Если через 2—$2^1/_2$ часа произвести операцию нельзя, то следует распустить жгут, прижать кровоточащую артерию на 10—15 минут, чтобы снабдить кровью ткани (через анастомозы артерий), а затем снова этим же жгутом перетянуть конечность на такой же срок. За неимением жгута можно перетянуть конечность резиновым бинтом, резиновой трубкой (например, от клизмы), желудочным зондом или каким-либо предметом домашнего обихода (ремнем, полотенцем, подтяжками, платком и пр.).

При перетяжке конечности, например, полотенцем или платком его сначала не туго завязывают, а затем в петлю вставляют какую-нибудь палку и начинают закручивать до остановки кровотечения. Чтобы не ущемить кожу, под петлю с палкой нужно подложить палец; последний извлекают перед окончанием процедуры.

МОЛНИЕЙ ПОРАЖЕНИЕ сходно с поражением электрическим током чрезвычайно большой частоты и напряжения. В тяжелых случаях наступает моментальная смерть. На коже появляются характерные полосы красного цвета (местный паралич сосудов) зигзагообразной формы с разветвлениями (рисунки молнии). На местах входа и выхода молнии края кожи обожжены. Симптомы поражения и меры помощи см. *Электрическим током поражение*.

ОБМОРОК. Потеря сознания при обмороке происходит вследствие быстро наступившей анемии мозга. Причиной обморока бывают большие потери крови, переутомление, голодание, продолжительное стояние на ногах, особенно в душном помещении, быстрый переход слабого больного из лежачего положения в сидячее или стоячее. Обморок может наступить от боли, при различных внезапных и сильных переживаниях (страх, неожиданное неприятное известие и пр.), вследствие чего рефлекторно происходит спазм кровеносных сосудов мозга. Перед обмороком часто появляется головокружение, общая слабость, тошнота.

Обморок характеризуется побледнением кожных покровов, губ, похолоданием конечностей; сердечная деятельность падает (коллапс); пульс едва прощупывается.

Обморочное состояние иногда бывает очень кратковременным, продолжаясь всего несколько секунд; в других случаях обморок не проходит и через 5—10 минут и более. Продолжительное обморочное состояние всегда опасно для жизни больного, особенно при значительном упадке сердечной деятельности.

Во время обморока больному нужно прежде всего придать горизонтальное положение, положить его на кровать или кушетку, чтобы вызвать прилив крови к голове. Для облегчения дыхания освобождают больного от стесняющей его одежды: расстегивают или надрезают воротник, пояс, лифчик и пр. На кровать кладут без подушки, а иногда даже приподнимают ноги больного или ножной конец кровати, чтобы голова была ниже

ног. Если обморок случится на улице или в помещении, где не на что положить больного, его следует положить тут же на землю или на пол. Чтобы вывести больного из обморочного состояния, иногда достаточно рефлекторного воздействия на сосудодвигательные нервы: обрызгать лицо холодной водой или дать понюхать нашатырный спирт, смочив им ватку или кончик носового платка и медленно (не вплотную) поднося его к носу; нашатырным спиртом натирают также виски больного.

Когда больной придет в себя, можно ограничиться дачей эфирно-валерьяновых капель.

При глубоком обмороке, сопровождающемся упадком сердечной деятельности, приходится впрыскивать под кожу возбуждающие средства — камфару и кофеин (см. *Сердечно-сосудистая недостаточность острая*). При всяком бессознательном состоянии, в том числе и обмороке, необходимо вынуть изо рта зубные протезы, так как снимающийся протез может западать в глотку и пищевод.

ОТРАВЛЕНИЯ. Общие замечания. При оказании помощи отравленным следует по возможности сначала определить характер яда, вызвавшего отравление. Иногда больной сам не знает, чем он отравился; тогда необходимо тщательно, но в то же время быстро опросить больного или близких ему лиц обо всех обстоятельствах, предшествовавших отравлению, и о всех болезненных проявлениях отравления. Иногда около больного можно найти пузырек с остатками яда. На одежде часто остаются следы принятого яда. По внешнему виду и запаху нередко удается установить природу ядовитого вещества. Нужно обратить внимание на запах **выдыхаемого воздуха** — запах алкоголя, эфира, хлороформа.

Внешний вид и запах рвотных масс тоже имеют диагностическое значение. Испражнения отравленного (при поносах) также нужно тщательно осмотреть; ожоги губ, языка, слизистой рта и глотки часто говорят о характере отравления. Затем следует удалить яд из организма или (в случае невозможности удалить) обезвредить его. Наконец, нужно принимать меры для устранения отдельных симптомов отравления, которые могут быть угрожающими для жизни больного, особенно при поражении нервной системы (паралич дыхательного или сердечно-сосудистого центра), сердца или почек.

Удаление яда. При введении яда через кожу или наружные слизистые оболочки в случае их ранения или ожога яд удаляют промыванием большим количеством жидкости (физиологическим раствором, слабыми кислыми или щелочными растворами и др.). Иногда выжигают место проникновения яда или отсасывают его (например, высасывание змеиного яда из ранки).

Из желудка яд извлекают промыванием, рвотными средствами или щекотанием глотки вызывают рвоту. Из кишечника удаляют яд сильнодействующими слабительными, лучше всего слабительными солями (сернокислая магнезия или сернокислый натрий). Нижний отрезок кишечника промывают высокими клизмами.

Если яд уже всосался в кровь, его следует выводить через выделительные органы и в первую очередь через почки. Отравленным следует давать обильное питье; если отравленный не пьет или плохо пьет, то делают подкожные, а иногда внутривенные вливания физиологического раствора, а также 5% раствора глюкозы:

Rp. Sol. Natrii chlorati isotonicae 0,85% 600,0
Sterilisetur!
DS. Для подкожного вливания

Rp. Sol. Glucosae 5% 500,0
Sterilisetur!
DS. Для подкожного вливания

В экстренных случаях производят кровопускание (400—600 мл) с последующим вливанием указанных растворов; для лучшего выделения мочи

назначают мочегонные средства. Для выведения ядовитых веществ путем потоотделения назначают горячие ванны с последующим укутыванием, суховоздушные ванны и пр.

Обезвреживание яда производится путем назначения противоядий. Для адсорбирования (поглощения) ядовитых веществ к промывной воде прибавляют животный уголь, танин, марганцовокислый калий. Для связывания ядовитого вещества назначают обильное питье молока, белковой воды, яичные белки и пр. При отравлении щелочами назначают внутрь кислоты и наоборот. Кислота нейтрализует щелочи, а щелочи — кислоту, и, таким образом, яд становится безвредным. Некоторые яды имеют и свои специфические противоядия, например противоядие против мышьяка (см. в таблице — *Мышьяк*), тяжелых металлов (см. в таблице — *Ртуть*).

Симптоматическое лечение. За отравленными должно быть самое внимательное наблюдение и уход, чтобы вовремя принять меры против угрожающих симптомов. При угнетении дыхательного центра для его возбуждения применяют холодные обливания затылка и шеи в теплой ванне, вдыхания кислорода в смеси с углекислотой (5—7%), инъекции атропина, камфары или кофеина, стрихнина и лобелина или цититона. Цититон нельзя применять при выраженном атеросклерозе, отеке легких.

Rp. Sol. Lobelini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. 1 мл внутримышечно

Rp. Cytitoni 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл внутривенно или внутримышечно

При явлениях сердечной недостаточности применяют камфару, кофеин и стрихнин. При возбуждении нервной системы назначают успокаивающие и снотворные.

Rp. Inf. rad. Valerianae 6,0 200,0
Natrii bromati 8,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Luminali 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 порошку на ночь

Rp. Bromurali 0,3
D. t. d. N. 3
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Veronali 0,5
D. t. d. N. 3
S. За час до сна 1 порошок в полустакане воды

При судорогах — хлоралгидрат внутрь или в клизмах, а также вдыхания хлороформа.

Rp. Chlorali hydrati 1,0
D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день в молоке

Rp. Chlorali hydrati 2,0
Mucilaginis Salep
Aq. destill. āā 50,0
MDS. Для клизмы

При резких болях — морфин, промедол или пантопон подкожно.

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

Rp. Sol. Promedoli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Pantoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в сутки под кожу

В случае понижения температуры тела или похолодания конечностей больных укутывают теплыми одеялами, растирают, дают горячее питье, обкладывают грелками или бутылками с горячей водой.

ОТРАВЛЕНИЯ ЯДАМИ, НЕ ОПОЗНАННЫМИ ДО ПРИБЫТИЯ ВРАЧА[1]. При попадании яда на кожу обмыть кожу большим количеством воды и положить на пострадавшие места повязку с глицериновой или спермацетовой мазью, с кольдкремом или вазелином.

При попадании яда в глаза тщательно промыть их чистой водой; при болях в глазах накапать по 2—3 капли 1% раствора новокаина или дикаина в каждый глаз, после чего наложить повязку.

При отравлении через дыхательные пути поместить больного в теплую комнату с чистым воздухом, промыть нос, рот и глотку водой или 2% раствором бикарбоната натрия; снять одежду, стесняющую дыхание и пропитанную ядовитым веществом. Давать вдыхать кислород или карбоген, производить искусственное дыхание в случае прекращения дыхания у больного или недостаточности дыхания.

При отравлении через рот вызвать рвоту раздражением корня языка или задней стенки глотки. Тщательно промыть желудок чистой водой или водной взвесью активированного угля или жженой магнезии, или раствором перманганата калия, после чего дать или ввести в желудок раствор сульфата магния или натрия вместе с активированным углем. Кишечник промыть чистой водой с взвесью угля. Внутрь дать диуретин. Под кожу ввести глюкозу или хлорид натрия. При ослаблении сердца и дыхания давать нюхать нашатырный спирт, под кожу — кофеин, камфару, коразол, лобелин. При сильных болях — под кожу морфин или омнопон; при коликах и схваткообразных болях в животе — грелки на живот, под кожу — атропин и папаверин; при судорогах — внутрь или в клизме хлоралгидрат.

СОЛНЕЧНЫЙ УДАР. Продолжительное воздействие солнечных лучей на голову ведет к расширению мозговых кровеносных сосудов, вследствие чего наблюдается прилив крови к голове (гиперемия). В результате значительной гиперемии может развиться воспаление мозговых оболочек или даже самого головного мозга (менингит и энцефалит). Первыми признаками солнечного удара будут покраснение лица и сильные головные боли. Затем появляется тошнота, головокружение, потемнение в глазах и, наконец, рвота. Больной впадает в бессознательное состояние, появляется одышка, падает деятельность сердца.

Профилактическими мерами является прикрытие головы шапкой, платком, а также обливание головы холодной водой. Меры помощи см. *Тепловой удар.*

ТЕПЛОВОЙ УДАР (болезненное состояние, возникшее вследствие перегревания тела). Происходит тогда, когда уменьшена или задержана отдача тепла при повышенном или даже нормальном теплообразовании. Три основных фактора ведут к перегреванию тела: 1) высокая внешняя температура, 2) плотная одежда, задерживающая испарения кожи, и 3) усиленная физическая работа.

Тепловые удары случаются не только в жаркую погоду, но происходят также в жарких, душных помещениях.

Тепловой удар наступит скорее всего при одновременном сочетании всех трех указанных факторов. Перегреванию тела способствует еще и недостаток питьевой воды: если человек мало пьет, то уменьшается потоотделение, при испарении же пота с поверхности тела происходит его охлаждение. При перегревании тела появляется вялость, усталость, головокружение, головная боль, сонливость. Лицо краснеет, походка делается

---

[1] Государственная Фармакопея СССР, VIII издание, 1952 г.

шатающейся, дыхание затруднено, температура тела доходит до 40°. Если к этому времени не устранены причины, вызвавшие перегревание, наступает тепловой удар: больной теряет сознание, падает, лицо становится бледным, синюшным, кожа холодная, покрытая пóтом, пульс нитевидный учащенный. В таком состоянии пораженный тепловым ударом может погибнуть.

С профилактической целью необходимо в душных помещениях устраивать вентиляцию. При работе или маршах под палящим солнцем необходимо периодически отдыхать в тени и во время отдыха по возможности купаться или обливаться холодной водой. Насколько возможно, нужно на это время обеспечивать людей достаточным количеством питьевой воды. Когда появились симптомы значительного перегревания тела или уже наступил тепловой удар, в первую очередь нужно вывести или вынести больного из душного помещения на свежий воздух, из-под солнечных лучей в тень, уложить, освободить от стесняющей одежды; на голову и на сердце кладут холодные компрессы, дают пить холодную воду в большом количестве, в тяжелых случаях пострадавшего обливают холодной водой. Если больной находится в бессознательном состоянии, ставят клизмы из прохладной воды, делают подкожные вливания физиологического раствора, осторожно дают нюхать нашатырный спирт. При резком ослаблении сердечной деятельности впрыскивают под кожу камфару, кофеин или стрихнин. При остановке дыхания необходимо производить искусственное дыхание.

УДУШЕНИЕ наступает при повешении, утоплении и от других причин, вызывающих прекращение дыхания. Непосредственным удушением или удавлением называют сдавление шеи петлей или рукой. Симптомы и меры помощи при удавлении те же, что и при повешении. Вскоре после удушения можно привести человека в сознание и вернуть к жизни путем искусственного дыхания.

Повешенного надо вовремя освободить из петли. Перерезая веревку, нужно снизу поддерживать повешенного, чтобы он не упал и не расшибся. Желая быстрее спасти повешенного, нельзя дергать его вниз, так как петля в таком случае будет еще больше затягиваться. Освободив повешенного от петли, приступают немедленно к искусственному дыханию. Затем нужно растирать его, давать нюхать нашатырный спирт; в случае надобности впрыскивают возбуждающие средства (камфару, кофеин, стрихнин). Повреждения шеи лечат хирургическим путем.

УКУСЫ ЗМЕЙ. Наиболее ядовитыми змеями, распространенными в Советском Союзе, являются гадюковые, очковая змея, или кобра. Гадюки широко распространены в Европе и в Сибири; кобра — только на юге Средней Азии.

Обычно змеи кусают в ногу (стопа, нижняя часть голени), когда на них наступают; поэтому в опасных местах нельзя работать босиком. При работе руками в земле возможны укусы и в руку.

При укусе гадюкой наблюдается отек места укуса, которое становится красным, болезненным, припухлым. Через полчаса объем конечности может увеличиться почти вдвое. Отмечается сильная жгучая боль на месте укуса, мышечная слабость, тошнота, рвота, слабый и частый пульс, холодный пот, коллапс. Иногда отравление заканчивается смертельным исходом.

При укусе коброй местные явления выражены значительно меньше, но зато более резко выступают общие явления отравления, вследствие чего смертность при укусах коброй более высока.

Первая помощь. Перетяжка конечности выше укуса в течение 30 минут, постепенное снятие и переход на застойную гиперемию по Биру. Очень желательно отсасывание крови банкой (не ртом!) с предварительным расширением ранки. Никакого прижигания ранки! Производят первичное иссечение или в крайнем случае раскрытие ранки (если пострадавший

тотчас после укуса доставлен в лечебное учреждение). Повязка с гипертоническим раствором поваренной соли. По окружности укуса вводят специфическую сыворотку против змеиных укусов или обкалывают рану, вводя в три-четыре места 1—2% раствор марганцовокислого калия по 0,5—1 мл. Иммобилизация — шинная повязка. Внутривенные вливания марганцовокислого калия. Кофеин, атропин, камфара под кожу. Согревание больного. При остановке дыхания — искусственное дыхание, вдыхание кислорода в смеси с углекислотой.

УКУСЫ НАСЕКОМЫХ. Наиболее опасны насекомые, встречающиеся в южной полосе Советского Союза. К ним относятся скорпион и паук кара-курт, тарантул.

При укусе кара-курта ощущается боль. На месте укуса воспалительных явлений не развивается, но яд, попадая в ток крови, вызывает общие явления отравления: общая слабость, жажда, холодный пот, ослабление сердечной деятельности. В качестве первой помощи на место укуса кладут холодные примочки, лучше из раствора марганцовокислого калия. Обильное питье, вливания физиологического раствора, сердечные средства.

Укусы южнорусского тарантула, сколопендры, паука фаланги не опасны для жизни больного. Здесь также на место укуса следует класть холодные примочки из раствора марганцовокислого калия или раствора нашатырного спирта.

В результате укуса скорпиона возникает покраснение, боль и припухлость на месте укуса. Затем могут наступить явления общего отравления: судороги, рвота, ослабление пульса.

УКУСЫ ПЧЕЛ (ОС, ШМЕЛЕЙ И ДР.). Одиночные укусы пчел никакой опасности для жизни не представляют, но вызывают резкую боль с последующим образованием отечности кожи. Если в ранке осталось жало, его нужно удалить, смазать ранку нашатырным спиртом и класть холодные компрессы из раствора марганцовокислого калия. Опасны многочисленные укусы пчел: около 500 укусов считаются смертельными для человека. В этих случаях появляются признаки общего отравления: ослабление сердечной деятельности, одышка, рвота, понос, судороги и затем бессознательное состояние.

Меры помощи: обильное питье, вливания физиологического раствора, сердечные средства.

УТОПЛЕНИЕ. Человек под водой задерживает дыхание, насколько может, а затем делает вдыхательное движение, во время которого вода входит в его дыхательные пути.

При последующих дыхательных движениях вода заполняет легкие и наступает задушение.

Спасая тонущих, нужно соблюдать известные правила. Тонущему бросают спасательные круги, конец веревки и пр. Если этих предметов нет или тонущий впадает в бессознательное состояние, необходимо плыть ему на помощь. Спасать утопающих может только хороший пловец. Перед тем как броситься в воду, следует снять по крайней мере верхнюю одежду и особенно обувь. Подплывать к утопающему, если он еще в сознании, нужно очень осторожно, так как утопающий может схватить спасающего и потянуть его с собой на дно. Самое удобное — положить голову утопающего к себе на грудь, поддерживать его рукой и плыть на спине к берегу. Если человек тонет, провалившись под лед, то бежать к нему на помощь нельзя, так как спасающий тоже может провалиться и превратиться во второго тонущего. Поэтому тонущему нужно бросать веревку, протягивать к нему палки, багры, продвигать лестницу, доски и пр. Приближаться к утопающему спасающий должен по лестнице или доскам, наблюдая, не подламывается ли под ним лед. Если пострадавший еще жив, но находится в бессознательном состоянии (бледен, холоден, пульс едва прощупывается, глаза закрыты, дыхание отсутствует), его немедленно следует освободить

от одежды, сняв ее или разрезав, очистить рот и нос платком или рубашкой от ила, песка и пр., положить животом на валик (бревно) или на колено так, чтобы голова свешивалась вниз, и, сильно нажимая на спину между лопатками, стараться удалить воду из легких и желудка. Нужно следить за положением головы, чтобы рот и нос не были закрыты. После этого немедленно приступить к искусственному дыханию. Во избежание западения языка, нужно его вытянуть салфеткой, носовым платком и пр. и придерживать все время, пока проводятся мероприятия по оживлению утопленника. Одновременно начинают согревать пострадавшего: растирают его щетками или жестким полотенцем, смоченным спиртом, обкладывают грелками или бутылками с горячей водой. Искусственное дыхание нельзя прекращать с первым появлением вдоха утопающего, а нужно продолжать до полного восстановления самостоятельного дыхания. Под кожу впрыскивают возбуждающие средства: камфару или кофеин, стрихнин. Когда пострадавший начнет дышать, ему дают нюхать нашатырный спирт. По возвращении сознания пострадавшего укладывают в теплую постель, обкладывают грелками и дают ему выпить горячий кофе или чай.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ ПОРАЖЕНИЕ. Ожоги у места входа и выхода тока обычно тяжелые — третьей степени. Общее действие тока большой силы и напряжения вызывает моментальную потерю сознания и смерть. Если человек случайно схватится за обнаженный электрический провод, появляются судороги в руках и пораженный током не может разжать руки и освободиться от провода. В тяжелых случаях поражения электрическим током наблюдается бессознательное состояние, холодная бледная кожа, слабый пульс, поверхностное дыхание, которое иногда может совершенно прекратиться. В первую очередь нужно освободить потерпевшего от воздействия тока, выключив ток. Если это невозможно, следует отбросить провод, находящийся в соприкосновении с пострадавшим. При оказании помощи нужно всегда помнить, что, прикасаясь к пораженному, сам спасающий тоже может пострадать, если предварительно не был выключен ток. Поэтому при невозможности выключить ток необходимо изолировать себя или от земли, или от пострадавшего. Провод можно откинуть сухой деревянной палкой, на руки надеть резиновые перчатки, на ноги — сухие резиновые калоши. Если под руками нет этих предметов, можно обмотать руки шерстяным платком или встать ногами на сухую деревянную доску.

После освобождения пострадавшего от воздействия тока ему оказывают помощь в зависимости от того или иного поражения. При остановке дыхания производят искусственное дыхание, при упадке сердечной деятельности впрыскивают возбуждающее средство — камфару или кофеин. Ожоги лечат обычным путем (см. *Хирургические болезни*).

ГАБЛИЦА ПРОТИВОЯДИЙ И ПОСОБИЙ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

по материалам Государственной фармакопеи СССР VIII издания, 1952 г.; данным проф. М. П. Николаева, О. И. Глазовой и другим источникам

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Адонилен, адонизид		См. Наперстянка
Адонис		См. Наперстянка
Адреналин, эфедрин	Возбуждение, сердцебиение, учащение пульса и дыхания, повышение кровяного давления, затем рвота, нитевидный пульс, отек легких	Полный покой, осторожно давать вдыхать амилнитрит (накапав 3—5 капель на вату или платок), 0,5—0,8 г хлоралгидрата в клизме. Подкожно папаверин хлористоводородный 1—2 мл 2% раствора. Кровопускание. Вдыхание кислорода
Азотная кислота	См. Кислоты. Желтая окраска слизистой рта. Рвота желтоватыми кровянистыми массами	См. Кислоты
Азотносеребряная соль	В тяжелых случаях коллапс и потеря сознания	См. Нитрат серебра
Акрихин	Желтое окрашивание кожных покровов. Боли в животе, иногда рвота. Кожный зуд. Головная боль, бессонница, общая слабость. Возбуждение. Расстройство зрения, слепота	Промывание желудка раствором марганцовокислого калия 1 : 4 000 или 0,2—0,5% раствором танина. Внутрь — солевое слабительное. Обильное щелочное питье. Грелка на живот. Под кожу — кофеин, камфара. Затемненная комната. Постельный режим
Алкоголь амиловый, винный		См. Спирты
Амигдалин		См. Синильная кислота

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Амилнитрит	Покраснение лица, шеи, груди, ощущение жара, чувство опьянения, головокружение, понижение артериального давления, падение температуры. Стеснение в груди, затрудненное дыхание. Расширение зрачков	Свежий воздух. При ослаблении или остановке дыхания — искусственное дыхание, вдыхание кислорода или карбогена. Под кожу — кофеин, камфара. При резкой метгемоглобинемии — кровопускание и переливание крови. Внутривенно — глюкоза. Постельный режим
Амитал-натрий		См. Барбамил
Аммиак		См. Нашатырный спирт
Анабазин	Слюнотечение, тошнота, рвота, понос, головокружение, дрожь, общая слабость, одышка. В тяжелых случаях холодный пот, бред, судороги, резкое угнетение дыхания	При приеме внутрь: рвотное — апоморфин или сернокислая медь. Промывание желудка взвесью угля с водой. Внутрь — солевое слабительное. Вдыхание кислорода или карбогена. Подкожно или внутривенно — глюкоза
Анальгин		См. Антипирин
Анилин (анилиновые краски, антифебрин, нитробензол, толуидин, фенацетин)	Рвота, головокружение, шум в ушах, одышка, цианоз, слабый пульс (коллапс), судороги, кома	При вдыхании или всасывании через кожу — свежий воздух, вдыхание кислорода или карбогена. Искусственное дыхание. При резкой метгемоглобинемии — кровопускание с последующим переливанием крови. Внутривенно — глюкоза, адреналин. Под кожу — кофеин или камфара, коразол При приеме внутрь: рвотное — апоморфин, сернокислая медь. Промывание желудка. Солевое слабительное. В остальном помощь, как при отравлении путем вдыха-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		ния. **Противопоказано: внутрь — жир, масло, молоко, спирт, эфир**
Анилиновые краски		См. Анилин
Антипирин, анальгин, бутадион, пирамидон	Ослабление слуха, шум в ушах, расширение зрачков, тошнота, рвота, головная боль, понижение температуры тела, сонливость, судороги в икрах, одышка, кома, иногда кожные сыпи	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка взвесью угля с водой. Внутрь — солевое слабительное. Под кожу — кофеин или камфара, изотонический раствор хлористого натрия. При судорогах внутрь хлоралгидрат. Согревание тела. **Избегать жиров и алкоголя**
Антифриз, этиленгликоль	Легкое опьянение. Сильная жажда. Боли в животе. Рвота, понос. Возбуждение. Затемненное сознание. Цианоз. Коллапс. В затянувшихся случаях поражение почек (анурия, уремия)	Промывание желудка. Слабительное. Кровопускание. Обильное питье. Подкожные вливания физиологического раствора или 4,5% раствора глюкозы. Внутривенно 5% раствор двууглекислого натрия 500 мл. Капельные клизмы из 5% раствора глюкозы и 5% раствора двууглекислой соды (до 1000 мл). При коллапсе — кофеин, или камфара, стрихнин, кордиамин или коразол
Апоморфин	Тошнота. Рвота. Падение сердечной деятельности, слабый аритмичный пульс. Возбуждение, коллапс	Поддерживать рвоту, давая внутрь большие количества теплого молока или слизистого отвара. Промывание желудка. Внутрь — водная взвесь угля, крепкий чай, кофеин или 2% раствор танина по столовой ложке
Ареколин		См. Мускарин

Продолженне

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Аспирин		См. Салициловая кнслота
Атокснл		См. Мышьяк
Атофан	Обшая слабость, тошнота, рвота, болезненность живота, увеличенная болезненная печень, желтуха. Зуд н кожные сыпи	Промывание желудка. Слабнтельные солн. Так как прн отравленин атофаном значительно страдает печень (нарастающая желтуха, развивается атрофня печенн), нужно применять глюкозу внутривенно — 50—100 мл 40% раствора. Прн невозможностн ввестн глюкозу в вену необходимо ввестн 5% раствор ее в прямую кишку капельным способом; одновременно рекомендуется применение ннсулина в количестве 10—20 ЕД. Камполон 2 мл ежедневно внутрнмышечно. При упадке сердечной деятельностн — кофеин, камфара и т. д.
Атропин, красавка — Atropa belladonna, белена, аэрон, гиосцнамин, гоматропин, дурман, платнфнллнн, скополамин	Сухость во рту н глотке, затрудненное дыхание, расшнрение зрачков, тошнота, рвота. Сухая кожа, покрасненне лнца, головная боль. Резкое учащение пульса, сильное возбуждение, бред, галлюцинации	Промывание желудка водной взвесью угля илн раствором марганцовокнслого калия 1 : 1 000 с последующим введеннем через зонд солевого слабительного. Покой. Прн резко выраженном возбуждениии — клнзма с хлоралгидратом. Под кожу — 1 мл 1% раствора морфина, 1 мл 1% раствора хлорнстоводородного пнлокарпина повторно до исчезновения сухостн во рту. Холод на голову. Прн резкой слабости — кофеин илн камфара.
Барбамнл		См. Веронал

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Барий и его соединения — растворимые соли; барий едкий	Жжение во рту и пищеводе, тошнота, рвота, понос, боли в животе. Урежение сердечных сокращений, аритмия. Усиление тонуса гладкой мускулатуры, повышение артериального давления, судороги. Головокружение, расстройство зрения	Промывание желудка 1% раствором сернокислого натрия. Внутрь — раствор сернокислого натрия (20,0—200,0) по столовой ложке каждые 5 минут. Внутривенно — 10 мл 3% раствора сернокислого натрия. Под кожу — камфара, кофеин, кордиамин. При тахикардии — свеча с 0,2 г хинина
Безвременник осенний — Colchicum autumnale, его семена, колхицин		См. Колхицин
Белена — Hyoscyamus niger		См. Атропин
Белильная известь		См. Хлор
Белладонна		См. Атропин
Бензин		См. Бензол
Бензол, бензин, керосин	При вдыхании паров головная боль, возбуждение, затем угнетение, кома, при употреблении внутрь — рвота, понос	При отравлении парами: свежий воздух, искусственное дыхание, вдыхание кислорода или карбогена. Под кожу — кофеин, камфара. Согревание тела. При отравлении через рот, кроме вышеуказанного, промывание желудка водной взвесью угля. Касторовое масло. Внутрь черный кофе, горячее молоко
Бертолетова соль	Тошнота, рвота черно-зелеными массами. Понос, желтуха, боли в животе, зеленофиолетовые пятна на коже, уменьшение мочи. Белок и кровь в моче. Моча красно-бурая или черная. Головная боль, сильная одышка, бред, потеря сознания, коллапс	Промывание желудка водной взвесью угля с последующим введением солевого слабительного. Обильное питье щелочных минеральных вод или 0,5—1% раствора двууглекислого натрия. Переливание крови после предварительного обильного (500—600 мл) кровопускания. Внутривен-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		но — 10 мл 20% раствора гипосульфита натрия повторно. Вливание изотонического раствора хлористого натрия или глюкозы. При коллапсе под кожу — кофеин или камфара. **Противопоказаны кислоты, лимоны, спирт**
Бетанафтол		См. Нафталин
Бледная поганка		См. Поганка бледная
Борная кислота	Рвота и понос. Головные боли. Сыпи на коже, начинающиеся с лица. Упадок сердечной деятельности, коллапс	Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — жженая магнезия, известковая вода, белковая вода, молоко. Солевое слабительное. Под кожу — изотонический раствор хлористого натрия
Ботулизм		См. Птомаины
Бром, бромная вода	При вдыхании паров брома: насморк, кашель, удушье, явления бронхита и бронхопневмонии, слезотечение, конъюнктивит. Слизистая рта и языка имеет коричневый цвет. При внутреннем приеме: боли в животе, рвота, понос	При отравлении парами — свежий воздух. Вдыхать водяные пары с небольшой примесью нашатырного спирта. Ингаляции содового раствора. Кислород. При отравлении через рот — промывание желудка 0,5% раствором тиосульфата натрия. Внутрь — белковая вода, щелочные воды, жженая магнезия с водой, крахмальный клейстер, молоко, лед кусочками. Снаружи обожженные места присыпать анестезином с тальком и смазать ланолином
Бромурал		См. Веронал
Бутадион		См. Антипирин

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Вератрин — Semen Sabadillae: протовератрин, чемерица — Veratrum lobelianum	Жжение во рту, глотке и пищеводе. Слюнотечение, жажда, рвота, поносы, боли в животе. Бледность, дрожание, мышечная слабость. Падение сердечной деятельности, коллапс	Промывание желудка 0,2% раствором таннина или водной взвесью угля. Солевое слабительное. Глотать кусочки льда. Внутрь — таннин. Под кожу — кофеин или камфара. При коликах — опий или омнопон. Искусственное дыхание. При попадании препарата в нос, глаза, глотку и на другие слизистые оболочки — хорошо промыть их и смазать 2% раствором хлористоводородного кокаина или дикаина
Веронал, бромурал, мединал, люминал, барбамил, гексенал, сонбутал, этаминал натрия	Сонливость, потеря сознания, глубокий сон. Цианоз. Гиперемия лица. Падение артериального давления, Бред, коллапс	Повторное промывание желудка. Солевое слабительное. Повторно высокие клизмы. Внутрь — крепкий чай или кофе. Вдыхание кислорода или карбогена. Кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора хлористого натрия. Под кожу — коразол или кордиамин, цититон или лобелин, кофеин, камфара. Искусственное дыхание. Горчичники на конечности. Согревание тела. Постельный режим
Веселящий газ		См. Закись азота
Вех ядовитый		См. Омег водяной
Висмут салициловокислый	Болезненность десен, черная кайма на зубах, стоматит, затрудненное глотание, слюнотечение, боли в животе, кал черного цвета, желтуха, опухание суставов, заболевание почек (некронефроз)	Промывание желудка водной взвесью угля или 0,2% раствором таннина. Внутрь — Antidotum metallorum (противоядие от металлов). Солевое слабительное. Внутривенно — тиосульфат натрия, глюкоза. Высокие клизмы. Полоскание рта

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Вода горьких миндалей		См. Синильная кислота
Водка		См. Спирты
Газы взрывные	Головная боль, головокружение, общая слабость, одышка. Судороги, кома	Свежий воздух, искусственное дыхание с кислородом или карбогеном. Под кожу — цититон или лобелин, камфара или коразол, кофеин. Внутрь — крепкий чай или кофе. Покой. Согревание тела
Газы опасные, водяной газ, генераторный газ, светильный газ, угарный газ	См. Угарный газ	Помощь, как при отравлении угарным газом. См. Угарный газ
Гваякол		См. Фенол
Гексенал		См. Веронал
Гептилрезорцин		См. Фенол
Героин		См. Морфин
Гидрохинон		См. Фенол
Гиосциамин		См. Атропин
Гистон-цинк-инсулин		См. Инсулин
Гиталеи		См. Наперстянка
Гоматропин		См. Атропин
Горицвет		См. Наперстянка
Горчица — Brassica nigra, Brassica juncea (семена), горчичная мука, эфирное горчичное масло	Боли в животе, рвота, понос. В моче белок, эритроциты и цилиндры. Упадок сердечной деятельности	Промывание желудка, солевые слабительные. Внутрь — повторно 5—8 капель нашатырного спирта с водой. Вдыхать пары воды с небольшим количеством нашатырного спирта. Пить слизистые отвары. Под кожу — кофеин, камфара, морфин или омнопон. При попадании эфирного горчичного масла на кожу — обмыть ее
Горчичное эфирное масло		См. Горчица

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Горький миндаль	Рвота, понос, боль в животе, слюнотечение, головная боль, общая слабость, медленный и слабый пульс, одышка, кома	См. Синильная кислота
Грибы ядовитые		См. Поганка бледная, мускарин (мухомор), строчок
Двуокись серы		См. Сернистая кислота
Дигален-нео		См. Наперстянка
Дигинорм		См. Наперстянка
Дигиталис		См. Наперстянка
Дикаин		См. Кокаин
Дионин		См. Морфин
Диуретин		См. Кофеин
Дихлорэтан	При отравлении через дыхательные пути: головная боль, головокружение, общая слабость, рвота, раздражение слизистых оболочек, замедленный пульс, затемненное сознание, увеличенная болезненная печень. При отравлении через рот: тошнота, рвота, понос, резкая слабость, потеря сознания, анурия, тяжелый острый гепатит. При хроническом отравлении: хронический токсический гепатит	Свежий воздух, вдыхание кислорода, карбогена, искусственное дыхание, инъекции лобелина, цититона, камфары, кофеина, кордиамина. При отравлении через рот: промывание желудка, слабительные соли, промывательные клизмы. Лечение осложнений (поражений желудочно-кишечного тракта, почек и печени)
Дихлорамин		См. Хлор
Древесный спирт		См. Спирты
Дурман — Datura stramonium		См. Атропин
Едкий барий		См. Барий и его соединения
Едкий натр		См. Щелочи едкие
Едкое кали		См. Щелочи едкие
Жавелева вода		См. Хлор

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Закись азота (веселящий газ)	Шум в ушах, цианоз, потеря сознания, асфиксия, паралич дыхания	Длительное искусственное дыхание, вдыхание кислорода или карбогена. Внутривенно — глюкоза. Под кожу — цититон или лобелин, кофеин или коразол, изотонический раствор хлористого натрия под кожу
Зелень французская		См. Мышьяк
Змеиный яд	На месте укуса ощущается боль, жжение, отечность, краснота и припухлость. Тошнота, рвота, понос. Общая слабость, судороги, коллапс	Немедленно после укуса змеи — под кожу впрыскивание поливалентной противозмеиной сыворотки (1 часть сыворотки растворить в 10 частях стерильной воды). При укусе в конечность туго перетянуть выше места укуса. Отсасывание яда из ранки кровососной банкой. Подкожное впрыскивание вокруг места укуса 2—3 мл 2—5% раствора марганцовокислого калия. Под кожу — изотонический раствор хлористого натрия, кофеин, камфара, стрихнин. Обильное питье горячего крепкого чая или кофе
Известь негашеная	Ожоги (беловатая окраска) слизистой оболочки рта. Боли во рту, зеве, глотке, пищеводе. Затруднение глотания. Рвота кровянистая (бурыми массами). Боли в животе, понос, иногда с кровью. Моча щёлочной реакции. Общая слабость, коллапс	Возможно раннее осторожное промывание желудка водой, подкисленной уксусной кислотой. Внутрь — 1% раствор лимонной или уксусной кислоты, молоко, яичный белок. Под кожу — кофеин или камфара

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Инсулин, гистон-цинк-инсулин, трипротамин-цинк-инсулин	Чувство голода, общая слабость, значительная потливость, дрожание конечностей и всего тела, учащение пульса, иногда коллапс	В легких случаях внутрь — 20—40 г сахара, 200 г белого хлеба; в тяжелых случаях внутривенно — 100—200 мл 10% раствора глюкозы или под кожу — 50—100 мл изотонического раствора глюкозы; в клизме ввести 50 мл 20% раствора глюкозы. Под кожу — адреналин, 1 мл питуитрина
Йод, настойка йода, раствор Люголя	Бурое окрашивание языка и слизистой рта, рвота бурыми или синими массами (если в содержимом желудка имеется крахмал), понос, головная боль, насморк, кожные сыпи. В тяжелых случаях отравления — судороги, малый учащенный пульс, коматозное состояние	При приеме внутрь — промывание желудка 0,5% раствором тиосульфата натрия или пить стаканами (2—3) 5% раствор тиосульфата натрия, жидкий крахмальный клейстер или мучной отвар, молоко, белковую воду, слизистые отвары. Внутрь — 20—30 г угля в водной взвеси, 20 г жженой магнезии. Пить щелочные воды. Под кожу — изотонический раствор глюкозы и 5% раствор тиосульфата натрия. При отравлении парами йода — свежий воздух. Ингаляции 5% раствора тиосульфата натрия или распыленного 2% раствора двууглекислого натрия. Повторно промывать и прополаскивать нос, рот и глотку 2% раствором двууглекислого натрия При болях в глазах промыть чистой водой и ввести по 2—3 капли 2% раствора хлористоводородного кокаина или дикаина в каждый глаз

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Йодоформ	Головная боль, насморк, кожные сыпи, иногда рвота и понос. Ослабление сердца. Судороги, коллапс, кома	Немедленно убрать йодоформную повязку или присыпку, или тампон. Внутривенно — 50—100 мл 5—20% раствора тиосульфата натрия. Пить щелочные воды
Ипекакуана — эметин	Рвота. Понос, иногда кровавый. Приступы одышки (астма). Упадок сердечной деятельности. Коллапс. Раздражение слизистых оболочек (кожные сыпи, конъюнктивит и др.)	При рвоте — поддерживать ее питьем теплой воды и молока. Промывание желудка 0,2—0,5% раствором таннина или водной взвесью угля. Внутрь — слизистые супы, молоко, опий, лед кусочками, обильное питье, содовая или сельтерская вода. Подкожно — кофеин, камфара, глюкоза
Кали едкое		См. Щелочи
Каломель		См. Сулема
Камфара	Рвота, понос, боли в животе, бред, судороги, коматозное состояние	Рвотное. Промывание желудка. Внутрь — солевое слабительное. При судорогах — внутрь или в клизме хлоралгидрат или барбамил. При коме — кофеин. Растирание тела, горчичники на конечности. Покой, постельный режим. **Избегать жиров и спиртных напитков**
Кантаридин		См. Шпанские мушки
Карболовая кислота		См. Фенол
Карбохолин		См. Мускарин
Керосин		См. Бензол
Кислоты	Боли и ожоги губ, полости рта, зева, пищевода и желудка. Затрудненное глотание. Рвота, поносы. Боли и вздутие живота. Ослабление пульса. Упадок сердечной	**При отравлеиии через рот противопоказаны рвотные и прием внутрь углекислых щелочей.** Возможно раннее и обильное промывание желудка водой, Внутрь — жже-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
	деятельности, коллапс. Головная боль. В моче белок и кровь (см. также наименование отдельных кислот)	ная магнезия (20,0 : 200,0), известковое молоко, яичный белок, слизистые отвары. Обожженную слизистую рта и глотки смазывать 2% раствором кокаина или дикаина. Под кожу — морфин, кофеин, камфара, изотонический раствор хлористого натрия. Внутривенно — 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Лед на живот. Ингаляция содовым раствором. Глотать лед кусочками. При попадании кислот на кожу смыть их большим количеством воды или водой с мылом, или известковой водой, или слабым (0,5—1%) раствором щелочей
Клещевины семена		См. Рицин
Кодеин		См. Морфин
Кокаин, дикаин, совкаин, новокаин	Бледность, головная боль, головокружение, холодный пот. Расширение зрачков. Частый и слабый пульс. Рвота, боли в животе. Судороги, бред, галлюцинации, коллапс	При приеме внутрь — промывание желудка водной взвесью угля или раствором марганцовокислого калия (1 : 1 000). Внутрь — таннин. Вдыхать амилнитрит (3—4 капли на платок) или внутрь нитроглицерин (по 2—3 капли 2—3 раза). При возбуждении и судорогах — хлоралгидрат 1—2 (избегать морфина). Осторожно вдыхать хлороформ. Кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора хлористого натрия. Согревание. Горячий кофе, вино. Под кожу — кофеин или камфара. Искусственное дыхание. Кисло-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		род. При подкожном введении, кроме вышеуказанного, перетягивание конечности выше места введения, ио ие до исчезновения пульса
Колбасный яд		См. Птомаины
Колларгол		См. Флаваргии
Колоцинта плоды — Fructus Colocynthidis, колоцинтии, подофиллин, эвфорбий, сок молочая	Рвота, кровавый понос, судороги икроножных мышц, общая слабость. Упадок сердечиой деятельиости, коллапс	Промываиие желудка. Виутрь — уголь, слизистое питье, крепкий чай, по 1 г осиовной азотновисмутовой соли 4—6 раз в день, коразол или кордиамин. Подкожно или виутривенио — изотонические растворы хлористого иатрия и глюкозы. Постельный режим
Колхицин, семена осеннего зимовника, безвремеиника — Colchicum autumnale	Жжение в зеве и глотке, резкие боли в животе, рвота, понос рисовидными и кровянистыми испражиениями. Жажда. Удушье. Малый неправильиый, замедленный пульс. Циаиоз. Коллапс. Иногда желтуха. Головокружеиие. Бред, судороги, общий паралич. Олигурия, гематурия	Промывание желудка. Внутрь — 15—20 г угля в водной взвеси. Промывание желудка 0,2% раствором таниииа или водной взвесью угля. Солевое слабительное. Обильное питье крепкого чая, молока, слизистых отваров. При болях в животе — 10 капель опийной настойки или морфии, омнопои под кожу. Под кожу — кофеин, камфара, 100 мл изотонического раствора хлористого иатрия. Укутывание, согревание тела
Конвазид		См. Наперстянка
Конвален		См. Наперстянка
Коииин		См. Омег пятнистый

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Коразол	Эпилептиформные судороги, тонические и клонические. Бледность лица, расширение зрачка, дрожание, резкое возбуждение. Кома	Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь или в клизме — хлоралгидрат или барбамил. Под кожу — морфин. Покой. Внутривенно — глюкоза.
Кордиамин		Меры помощи, как при отравлении коразолом. См. Коразол
Кофеин (кофе, чай), диуретин	Сердцебиение, головокружение, шум в ушах. Слабый учащенный пульс. Дрожание, судороги. Галлюцинации, расстройство психики, коллапс	Промывание желудка. Внутрь или в клизме — 1—2 г хлоралгидрата или 0,5 г барбамила, уголь, солевые слабительные. Вдыхать амилнитрит или внутрь — нитроглицерин. Теплые ванны. Искусственное дыхание. При хроническом отравлении запрещается употребление кофеина, кофе, чая
Красавка		См. Атропин
Краски анилиновые		См. Анилин
Краски медные		См. Сульфат меди
Краски свинцовые, свинцовые белила		См. Свинец
Крезол		См. Фенол
Кремнефтористый натрий		См. Фтористый натрий
Креозот		См. Фенол
Креолин		См. Фенол
Ландыш		См. Наперстянка
Лизол		См. Фенол. При попадании на кожу немедленно снять одежду и тщательно обмыть места поражения теплой водой, подкисленной лимонной или уксусной кислотой. Вдыхание кислорода или карбогена. Под

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		кожу или внутривенно — глюкоза. При судорогах — внутрь хлоралгидрат или барбамил. Полный покой
Лобелии	Сходны с симптомами при отравлении никотином. Рвота без поноса	Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — уголь. Внутривенно — изотонический раствор хлористого натрия или глюкозы. При остановке дыхания — искусственное дыхание с кислородом или карбогеном. При судорогах — внутрь хлоралгидрат или барбамил. Полный покой
Люголя раствор		См. Йод
Люминал		См. Веронал
Ляпис		См. Нитрат серебра
Марганцовокислый калий	Ожоги пищеварительного тракта. Рвота (кровавая). Иногда понос. При полосканиях и спринцеваниях слишком крепкими растворами — воспаление и отек слизистых оболочек	Промывание желудка. Касторовое масло. Обильное питье, слизистые отвары, белковая вода. Внутрь таннин, уголь. Лед на живот. При упадке сердечной деятельности кофеин, камфара и др.
Мединал		См. Веронал
Медные краски		См. Сульфат меди
Меркузал		См. Сулема
Метиловый спирт		См. Спирты
Метиловый эфир салициловой кислоты		См. Салициловая кислота
Миарсенол		См. Новарсенол
Миндаль горький		См. Синильная кислота
Можжевеловое эфирное масло казацкого можжевельника		См. Можжевеловые ягоды казацкого можжевельника

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Можжевеловые ягоды казацкого можжевельника Juniperus Sabina, можжевеловое эфирное масло	Жжение в глотке и желудке. Рвота, понос, иногда кровавый. Рвотные массы с запахом можжевельника. Учащенное мочеиспускание. В моче белок и кровь. Маточные кровотечения, у беременных выкидыш. Резкая болезненность живота. Судороги, бессознательное состояние, кома	Промывание желудка. Высокие клизмы. Солевые слабительные. Обильное питье слизистых отваров. Жиров не давать. Мочегонные средства. Под кожу — кофеин, камфара или коразол, глюкоза, изотонический раствор хлористого натрия
Морфин, его соли, кодеин, нарцеин, дионин, героин, опий, омнопон	Сонливость, головокружение, шум в ушах, рвота, пульс и дыхание замедлены, пульс слабого наполнения, дыхание прерывистое (чейн-стоксово), температура тела понижена. Зрачки сужены. Сухость во рту. Постепенно усиливающаяся сонливость, цианоз, судороги, иногда коматозное состояние	Повторное промывание желудка (даже после подкожного применения) водной взвесью угля, раствором марганцовокислого калия 1 : 1 000 или 0,2% раствором таннина. Под кожу — атропин повторно. Внутрь — солевое слабительное. Кровопускание с последующим введением изотонического раствора хлористого натрия Вдыхание кислорода или карбогена. Под кожу — цититон или лобелин, кофеин, коразол или камфара. Длительное искусственное дыхание. Теплые клизмы с раствором уксуса. Лед на голову. Следить за мочевым пузырем — катетеризация. Покой. Постельный режим. **Противопоказаны рвотные**
Муравьиная кислота		См. Кислоты — помощь, как при отравлении серной кислотой
Мускарин, мухомор — Agaricus muscarius, ареколин, ацетилхолинхлорид, карбохолин	Жажда, слюнотечение, тошнота, рвота, понос, иногда кровавый, резкие боли в животе. Ослабленный, замедленный пульс	Рвотное — апоморфин. Под кожу — атропин. Промывание желудка водной взвесью угля. Солевые слабительные. Высокие

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
	Затрудненное дыхание. Похолодание конечностей. Пот. Головокружение, затемнение сознания, галлюцинации. Сужение зрачков. Расстройство зрения, слепота. Коллапс, отек легких, судороги. Кома	клизмы. При явлениях коллапса — под кожу камфара, кофеин или коразол, цититон или лобелин. Вдыхание кислорода или карбогена. При сильном возбуждении внутрь или в клизме — хлоралгидрат или барбамил. На голову холодные компрессы. **Противопоказаны внутрь кислоты, лимоны, уксус**
Мухомор		См. Мускарин
Мышьяк, белый мышьяк или мышьяковистая кислота (ее ангидрид), мышьяковая кислота и их соли. Фовлеров раствор, какодилат натрия, арренал, французская зелень, атоксил	Жгучая боль в зеве, резкие боли в пищеводе и желудке. Рвота, сильная жажда. Холероподобный понос (испражнения вида рисового отвара), сильные боли в животе. Холодная потная кожа. Резкая бледность и синюшность. Малый, частый пульс, учащенное дыхание. Судороги, резкие боли в конечностях, потеря сознания, кома	Обильное промывание желудка водной взвесью угля, раствором жженой магнезии (20,0 на 1 л воды). Внутрь — повторно через 5—10 минут давать по 1 столовой ложке противоядия от мышьяка (Antidotum arsenici)[1] и жженую магнезию. Солевые слабительные. Молоко, масляные эмульсии. Согревание тела, на живот грелки. Под кожу — камфара, кофеин, адреналин. Внутривенно — глюкоза, тиосульфат натрия

[1] Antidotum arsenicosi состоит из: а) Ferri sulfurici oxydati soluti 100,0 + Aq. destill. 300,0 и б) Magnesiae ustae 20,0 + Aq. destill. 300,0. Перед самым употреблением смешивают оба средства. В результате их применения мышьяк переводится в трудно растворимое соединение.

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Мышьяковистый водород	При больших дозах концентрации газа в окружавшем воздухе может наступить внезапная смерть. Общая слабость, головокружение, головная боль, рвота, часто с кровью, одышка, цианоз, желтуха. Боли в пояснице. Кровавая моча (гемоглобинурия). Коллапс. Потеря сознания, кома	Внутривенно — адреналин, изотонические растворы глюкозы и хлористого натрия. Под кожу — кофеин или коразол. Промывание желудка водной взвесью угля. Согревание тела. Покой. Постельный режим
Мясной яд		См. Птомаины
Наперстянка — Digitalis purpurea, D. ambigua, D. ferruginea, D. lanata. Дигаленнео, гитален, горицвет — Adonis vernalis, адонилен, адонизид. Ландыш — Convallaria majalis, конвазид, конвален, морской лук — Bulbus Scillae. Семя строфанта — Semen Strophanthi. Строфантин, эризид	Вначале замедленный пульс. Общая слабость, похолодание конечностей, головная боль, рвота и понос, расширение зрачков. Затем учащение пульса, судороги, кома	Полный покой. Постельный режим. Промывание желудка водной взвесью угля, 0,2—0,5% раствором танина. Солевые слабительные. Под кожу — атропин, камфара, кофеин. Внутривенно — изотонический раствор хлористого натрия или 40% раствор глюкозы. На кожу горчичники. При рвоте — глотание льда кусочками. **Рвотных не давать**
Натр едкий		См. Щелочи
Натрий салициловый		См. Салициловая кислота
Нафталин, нафтол, бетанафтол	Головная боль, тошнота, рвота, понос, боли в животе. В моче белок, кровь, цилиндры. Ослабление деятельности сердца	Обильное промывание желудка водной взвесью угля. Рвотное — апоморфин. Солевые слабительные. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Внутривенно — глюкоза. **Противопоказаны жиры, масла, алкоголь**
Нафтол		См. Нафталин

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Нашатырный спирт, аммиак	При вдыхании—насморк, слезотечение, слюнотечение, мучительный кашель, потеря голоса, отек гортани, удушье, острый бронхит и пневмония; головокружение, обморок, похолодание конечностей, ослабление деятельности сердца; коллапс, кома. При приеме внутрь — ожоги полости рта, пищевода, желудка, рвота, часто кровавая; в тяжелых случаях — коллапс, кома. При поражении кожи и слизистых (глаза) — воспаление, ожоги	Возможно раннее **осторожное** обильное промывание желудка (зонд хорошо смазать маслом) водой или слабым раствором лимонной, виннокаменной или уксусной кислоты. Внутрь — 1% раствор виннокаменной, уксусной или лимонной кислоты. Внутривенно или под кожу — изотонические растворы глюкозы или хлористого натрия. Морфин. При отравлении парами аммиака вдыхать теплые водяные пары или распыленный изотонический раствор хлористого натрия. Искусственное дыхание, сердечные средства
Неосальварсан		См. Новарсенол
Никотин		См. Табак
Нитрат серебра (азотносеребряная соль, ляпис)	Белые или серые пятна на слизистой рта, темная кайма на деснах. Рвота белыми, чернеющими на свету массами. Позднее резкие боли в животе. Головная боль, головокружение, кожные сыпи. В тяжелых случаях — судороги, малый учащенный пульс. Коллапс, кома	Применение Antidotum metallorum (см. Сулема), затем промывание желудка 0,5% раствором гипосульфита натрия (Natrium hyposulfurosum) или 2% раствором хлористого натрия с последующим введением слабительного. Внутрь — 5% раствор хлористого натрия по столовой ложке каждые 10 минут. Белковая вода, молоко, масляные эмульсии, слизистые отвары. Клизмы из молока и хлористого натрия, масляные клизмы. Лед на живот. При сильных болях — морфин. Под кожу при коллапсе — кофеин, камфара

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Нитрит натрия, нитроглицерин	Жжение в горле, головная боль, головокружение, краснота лица, рвота, понос, хриплое дыхание, замедленный слабый пульс, цианоз, возбуждение, бред, а затем потеря сознания, паралич	Свежий воздух. Промывание желудка. Солевые слабительные. При резкой метгемоглобинемии — кровопускание с последующим переливанием крови. Внутривенно — глюкоза. Искусственное дыхание с кислородом или карбогеном
Нитробензол		См. Анилин
Нитроглицерин		См. Нитрит натрия
Новарсенол, неосальварсан, миарсенол, сальварсан	Головная боль, рвота, понос, иногда кровавый. Бледность, цианоз, судороги, коматозное состояние, коллапс. Иногда лихорадка до 39—40°, покраснение лица, дерматиты (явления отравления иногда спустя 2—3 дня). Желтуха (через 1—3 месяца), острая дистрофия печени	Внутривенно 10 мл 10% раствора хлористого кальция, 15—40 мл 5% раствора тиосульфата натрия, 20 мл 40% раствора глюкозы. Лед на голову. Согревание тела. Внутрь — диуретин. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. При судорогах — хлоралгидрат или барбамил.
Новокаин		См. Кокаин
Окислы азота	См. Азотная кислота, Кислоты	Помощь, как при отравлении парами соляной кислоты. См. Кислоты — Азотная кислота
Окись свинца		См. Свинец
Окись углерода		См. Угарный газ
Омнопон		См. Морфин
Опий		См. Морфин
Пантоцид		См. Хлор
Пантопон		См. Морфин
Папоротник, его экстракт — Extractum Filicis maris aethereum	Рвота, кровавый понос, боли в животе, учащение и ослабление пульса, повышение температуры тела, одышка, сужение зрач-	Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — солевое слабительное. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. По-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
	ков, расстройство зрения, желтуха, судороги, кома	стельный режим. Теплые ванны, грелки. При судорогах — хлоралгидрат или барбамил. **Противопоказаны молоко, касторовое масло и другие масла и жиры**
Парахлорфенол		См. Фенол
Пикриновая кислота	См. также Кислоты. Желтая окраска склер, слизистых и кожных покровов. Кожный зуд, сыпь. Моча красного цвета	См. Кислоты
Пикротоксин, кукольван, или рыбьи ягоды — Fructus Cocculi	Боли по желудочно-кишечному тракту. Рвота, понос, иногда желтуха. Возбуждение, спутанность сознания, дрожание, судороги. Упадок сердечной деятельности. Смерть от паралича дыхательного центра	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — уголь, солевое слабительное. Под кожу — атропин. При судорогах — внутрь хлоралгидрат или барбамил. Кровопускание с последующим внутривенным вливанием изотонического раствора глюкозы и хлористого натрия. Искусственное дыхание
Пилокарпин	Слюнотечение и потоотделение, рвота, понос, сужение зрачков, падение сердечной деятельности, коллапс Отек легких, угнетение психики, при беременности выкидыш	Промывание желудка водной взвесью угля. Под кожу — атропин, через 10 минут повторно до 3 раз. Кофеин, камфара. Покой. Постельный режим. Согревание тела. Внутрь — диуретин. Искусственное дыхание
Пирамидон		См. Антипирин
Пирогаллол		См. Фенол
Пирокатехин		См. Фенол
Пищевые отравления		См. Птомаины
Плазмоцид	Боль в подложечной области, иногда рвота. Болезненность по ходу нервных стволов. Расстройство походки: пошатывание	Полный покой. Постельный режим. Обильное питье щелочных вод. Кровопускание с последующим вливанием изотониче-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
	(«походка пьяного»). Дрожание. Расстройство координации произвольной мускулатуры. Головная боль, головокружение, сонливость, состояние оглушения. Резкое понижение зрения. Поражение печени и почек	ского раствора глюкозы повторно. Глюкоза в капельных клизмах. Внутрь — настойка строфанта или адонизид. Теплые ванны. Под кожу — кофеин, камфара. При глазных симптомах — ретробульбарные инъекции атропина. Затемненная комната
Платифиллин		См. Атропин
Поганка бледная — Amanita phalloides; шампиньон ложный, весенний — Amanita phalloides var vernalis; шампиньон ложный, желтый — Amanita phalloides mappa	Рвота, понос, боли в животе, общая слабость, головокружение, головная боль, бред, коматозное состояние. Упадок сердечной деятельности. Воспаление почек, анурия	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка водной взвесью угля. Солевое слабительное. Высокие клизмы. Кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора глюкозы. Под кожу — кофеин или коразол. Искусственное дыхание
Подофиллин		См. Колоцинта плоды
Поташ		См. Селитра калийная
Прозерин		См. Физостигмин
Протаргол		См. Флаваргин
Птомаины, колбасный яд, рыбий яд, сырный яд	Рвота, понос, боли в животе, головокружение, головная боль, общая слабость. Расширение зрачков. В тяжелых случаях — расстройство глотания, птоз, коллапс	Внутримышечно 50—100 мл специфической противоботулиновой сыворотки. Промывание желудка раствором марганцовокислого калия 1 : 1000 или 0,2% раствором танина, или водной взвесью угля. Промывание толстой кишки сифонными клизмами. Солевое слабительное. Внутрь — уголь, крепкий чай и кофе. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Под кожу или внутривенно — глюкоза. Согревание тела. Постельный режим

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Резорцин		См. Фенол
Риванол	Тошнота, рвота, понос, боли в животе. Головная боль, нервное возбуждение, ослабление деятельности сердца, малый частый пульс. Одышка	Промывание желудка изотоническим раствором хлористого натрия. Обильное питье молока и щелочных вод. Внутрь — диуретин, кофеин, камфара, цититон или лобелин. Искусственное дыхание с кислородом или карбогеном
Рицин, клещевины семена — Semen Ricini	Металлический вкус во рту, боль, жжение. Беловато-серый налет на слизистой рта и языке, а затем язвенный стоматит, слюнотечение. Сильная рвота, слизисто-кровянистый понос, боли в животе. Поражение почек, затем анурия, в моче белок, кровь, цилиндры. Уремия. Замедление пульса, судороги, холодный пот, коллапс, кома	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — слизистые отвары. Высокие клизмы. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Тепло на живот. При сильных болях — под кожу морфин. На голову — холодные компрессы. Постельный режим
Ртуть		См. Сулема
Рыбный яд		См. Птомаины
Сабадилла		См. Вератрин
Сабина (казацкий можжевельник)		См. Можжевеловые ягоды казацкого можжевельника
Салициловая кислота и ее соли, аспирин, салипирин, метиловый эфир салициловой кислоты	Рвота, иногда с кровью, понос, боли в животе, ослабление слуха и зрения. Кожные сыпи. При беременности — выкидыш. Обильный пот, бред, галлюцинации. Упадок сердечной деятельности (см. Кислоты)	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка 0,3% раствором двууглекислого натрия. Внутрь и в клизмах — 2,5% раствор двууглекислого натрия. Под кожу — кофеин, камфара. Согревание тела
Сальварсан		См. Новарсенол

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Сантонин, цитварное семя	Все окружающее представляется в желтозеленом цвете, расширение зрачков, головная боль, головокружение, рвота, понос, боли в животе, слюнотечение, судороги	Рвотное — апоморфин, сернокислая медь или сернокислый цинк. Промывание желудка водной взвесью угля. Солевое слабительное. Высокие клизмы. Мочегонное. Под кожу — кофеин, камфара. При судорогах — хлоралгидрат или барбамил. Вдыхание хлороформа (осторожно!). При коллапсе — кофеин, камфара. Теплые ванны. **Противопоказано касторовое масло и другие масла и жиры**
Сахарин	При больших дозах — рвота, понос, боли в животе, судороги, галлюцинации, потеря сознания, кома. Ослабление сердечной деятельности	Промывания желудка (повторные), слабительные, высокие клизмы. При судорогах — хлоралгидрат внутрь или в клизмах, барбамил. При ослаблении сердечной деятельности — кофеин или камфара под кожу
Светильный газ		См. Угарный газ
Свинец, окись свинца, уксуснокислый свинец и другие соединения свинца (свинцовые краски — свинцовые белила)	Металлический вкус и сухость во рту. Беловатая окраска слизистой рта и языка. Темная кайма на деснах (при хроническом отравлении). Рвота серовато-белыми массами. Черные, а затем кровянистые испражнения. Запоры и втянутый живот при хроническом отравлении. Кишечная (свинцовая) колика	Внутрь — противоядие от металлов (Antidotum metallorum) (см. Сулема). При отсутствии противоядия — промывание желудка раствором сернокислого натрия, водной взвесью угля. Солевое слабительное. При болях — под кожу морфин с атропином, папаверин, кофеин, камфара. Теплые ванны. Внутривенно — хлористый кальций, аскорбиновая кислота

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Селитра калийная, поташ	Рвота, понос, резкие боли в животе. Малый аритмичный пульс, коллапс. Боли в мышцах, судороги, коматозное состояние	Промывание желудка. Солевое слабительное. Пить слизистые отвары, молоко, щелочные воды. При болях в желудке глотать лед кусочками; под кожу — морфин или омнопон, кофеин, камфара или коразол. Постельный режим. Внутрь — диуретин
Серебро азотнокислое	Белые или серые пятна на слизистой рта, рвота бурыми темными массами, понос. Головная боль, кожные сыпи. В тяжелых случаях судороги, малый, учащенный пульс, коматозное состояние	См. Нитрат серебра
Серная кислота	См. также Кислоты. Ожоги губ черноватого цвета, ожоги слизистой рта белого и бурого цвета. Рвотные массы бурого, шоколадного цвета	См. Кислоты. Серную кислоту при попадании на кожу надлежит немедленно смыть большим количеством холодной воды. Обожженную слизистую рта и глотки смазать 2% раствором кокаина или дикаина
Сернистая кислота, или двуокись серы, сернистый ангидрид, сернистый газ	При вдыхании паров — конъюнктивит, воспаление дыхательных путей, насморк, кашель с кровянистой мокротой, одышка, отек легких. Ослабление сердечной деятельности: малый частый пульс, коллапс	Свежий воздух. Искусственное дыхание. Вдыхание кислорода или карбогена. Внутрь — кодеин или дионин. Ингаляция распыленного 2% раствора двууглекислого натрия. Внутрь — 2% раствор двууглекислого натрия столовыми ложками. Промывание слизистых оболочек тем же раствором. Под кожу — кофеин или коразол
Сернистый ангидрид		См. Сернистая кислота
Сернистый газ		См. Сернистая кислота

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Сероводород, клоачный газ	Головокружение, головная боль, общая слабость, обморок, одышка, специфический запах выдыхаемого воздуха, потеря обоняния. Тошнота, рвота, понос. Расширение зрачков, бессознательное состояние, цианоз, ослабление сердца, отек легких, судороги, кома, паралич дыхания. Внезапно может наступить смерть (через несколько секунд или минут)	Свежий воздух. Искусственное дыхание. Вдыхание кислорода или карбогена. Под кожу — камфара или коразол. При явлениях отека легких обильное кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора хлористого натрия или глюкозы. Переливание крови. Горчичники к икрам. Холодное обливание головы. Согревание тела
Сероуглерод	При вдыхании — головная боль, головокружение, специфический запах выдыхаемого воздуха. Состояние опьянения (возбуждение). Расстройство дыхания, походки, зрения, речи, сознания. В тяжелых случаях — рвота, коматозное состояние. После приема внутрь — тошнота, рвота, понос, малый частый пульс, цианоз, судороги, кома	Свежий воздух, искусственное дыхание с вдыханием кислорода или карбогена. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора глюкозы или хлористого натрия. Переливание крови. Если яд введен в желудок, то, кроме вышеуказанных мер помощи, промывание желудка водной взвесью угля
Сивушное масло		См. Спирты
Синильная кислота, горький миндаль, вода горьких миндалей, лавровишневая вода, цианид калия, цианид натрия, цианистый газ, цианистый водород, амигдалин	Затрудненное замедленное дыхание, слабый и редкий пульс, царапание в глотке, стеснение в груди. Головокружение, судороги, потеря сознания, расширение зрачков. Слизистые оболочки и кожа ярко-красные. Запах горького миндаля изо рта. При сильном отравлении внезапная смерть	При отравлении путем вдыхания — немедленно удалить больного из отравленной атмосферы. Свежий воздух. Вдыхание 0,3 мл амилнитрита, можно повторно. Внутривенно — 50 мл 1% раствора метиленовой синьки в 25% растворе глюкозы. Через 25—40 секунд внутривенно — 50 мл 25% раствора тиосульфата натрия. При приеме внутрь, кроме того, безотлагательное промывание желудка раство-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		ром марганцовокислого калия 1 : 1000 или 1—3% раствором перекиси водорода или 5% раствором тиосульфата натрия. Во всех случаях — вдыхание кислорода или карбогена, при необходимости — искусственное дыхание. Под кожу — цититон или лобелин, кофеин, камфара, адреналин
Скипидар, терпентинное масло	Боли в подложечной области (желудке). Рвота с запахом скипидара, иногда понос. Общая слабость, учащенный пульс. Упадок деятельности сердца. Усиленное мочеотделение, моча с запахом фиалок. При поражении почек — кровь и белок в моче	Рвотное — апоморфин. Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — уголь, слизистое питье, кусочками лед, солевое слабительное, не давать касторового масла. Под кожу — кофеин, коразол, морфин или омнопон
Скополамин	См. Атропин	Промывание желудка 0,2% раствором танина или водной взвесью угля. Солевое слабительное. Высокие клизмы. При галлюцинациях — холод на голову. При угнетении дыхания под кожу — кофеин, цититон или лобелин. Искусственное дыхание
Совкаин		См. Кокаин
Соляная кислота	См. также Кислоты. Ожоги слизистой рта черноватого цвета	См. Кислоты. При отравлении парами — свежий воздух, вдыхание распыленных водяных паров с примесью нашатырного спирта

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Спирты, алкоголь винный, амиловый, древесный спирт (метиловый), сивушное масло, водка	Состояние опьянения, покраснение лица, иногда бледность, запах алкоголя и пена изо рта, рвота, сужение зрачков (в тяжелых случаях расширение). Возбуждение, острый бред, галлюцинации. Потеря сознания и чувствительности, медленный и малый пульс, понижение температуры тела. При отравлении древесным спиртом — расстройство зрения и даже полная слепота	Промывание желудка теплой водой. При красноте лица — высокое положение головы, лед. Теплая ванна с холодным душем. Клизмы с уксусом или хлористым натрием. Горчичники на конечности Вдыхание нашатырного спирта (осторожно, чтобы не обжечь лицо). Под кожу — кофеин, камфара, стрихнин. Внутрь — нашатырный спирт (до 10 капель) с водой. Кровопускание. Вдыхание кислорода или карбогена. При возбуждении — морфин, хлоралгидрат или барбамил. Постельный режим
Спорынья — Secale cornutum, маточные рожки, эрготоксин	Слюнотечение, рвота, понос, боли в животе, жажда. Судороги с резкими болями, Бледность, общая слабость	Рвотное — апоморфин, сернокислая медь или сернокислый цинк. Промывание желудка водной взвесью угля или 0,2% раствором таннина. Солевое слабительное. При судорогах — теплые ванны. Хлоралгидрат в клизме. Вдыхание амилнитрита (2—3 капли на платок). Под кожу при коме — кофеин, камфара
Стрептоцид белый		См. Сульфаниламидные препараты
Стрихнин, его соли, семена чилибухи или рвотного ореха — Strychnos nux vomica	Резкое повышение кожных и сухожильных рефлексов, приступы судорог, затрудненное дыхание. Частый малый пульс, коллапс, цианоз. Сознание сохранено	До наступления симптомов отравления промыть желудок водной взвесью угля или вызвать рвоту. Солевое слабительное. Внутрь — таннин, уголь, хлоралгидрат (2—5 г) в клизме. Внутривенно — 50 мл 2% раствора сернокислого магния; внутримышечно — 20 мл 25% раствора сер-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		нокислого магния. При наступлении судорог — осторожное хлороформирование. Постельный режим. Абсолютный покой. Затемненная комната. **Противопоказано введение внутрь кислот, кислых напитков.**
Строфант, строфантин		См. Наперстянка
Сулема, каломель, ртуть, ее соли, киноварь, меркузал	Металлический вкус во рту, жжение, боль. Беловато-серый налет на слизистой рта, деснах и языке, а затем язвенный стоматит, слюнотечение. Сильная рвота, слизисто-кровянистый понос, боли в животе. Поражение почек; в моче белок, кровь, цилиндры. Олигурия, анурия, уремия. Замедление пульса, холодный пот, обмороки, потеря чувствительности. Судороги, коллапс, кома	При отравлении через рот — немедленно внутрь 100 мл противоядия от металлов (Antidotum metallorum)[1]; после чего минут через 10 промыть желудок водным раствором этого же противоядия (100 мл противоядия в 2—4 л воды). При отсутствии противоядия промыть желудок водной взвесью угля или жженой магнезией с водой. Внутрь — молоко, белковая вода, слизистые отвары, большое количество жидкости. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Внутривенно — 20 мл 40% раствора глюкозы или 10 мл 5% раствора тиосульфата натрия. Рот полоскать каждый час раствором перекиси водорода или марганцовокислого калия. Согревание тела, теплые ванны, потение. При отравлении ядом, введенным под кожу или внутривенно, меры и средства помощи те же, исключая приме-

[1] Antidotum metallorum — насыщенный раствор сероводорода в воде. Противоядие образует с металлами нерастворимые, а потому и нетоксические соединения.

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		нение внутрь противоядия от металлов. **Противопоказано введение внутрь хлористого натрия (поваренной соли), кислот и каких бы то ни было просоленных продуктов (селедка, ветчина и т. п.)**
Сульфаниламидные препараты: стрептоцид белый, норсульфазол, сульфодимезин, этазол, фталазол и др.	Потеря аппетита, тошнота, рвота, понос. Общая слабость, головная боль, сонливость, одышка, цианоз, бред. Различные кожные сыпи, дерматит. Лихорадка. Поражение печени, желтуха. Поражение почек: кровавая моча, олигурия, анурия, уремия, лейкопения, агранулоцитоз	Прекратить давать препарат. Постельный режим. Промыть желудок водной взвесью угля. Внутрь — касторовое масло, обильное питье жидкостей, особенно щелочных вод. Капельные солевые клизмы. Внутривенно — 40% раствор глюкозы в изотоническом растворе хлористого натрия. Под кожу — 5 мл 1% раствора никотиновой кислоты 3 раза в день. Внутрь — диуретин, кофеин. При метгемоглобинемии внутривенно — раствор глюкозы. Вдыхание кислорода. Повторное переливание крови. Не давать спиртных напитков. При поражении печени — внутривенно 40% раствор глюкозы и одновременно 10 единиц инсулина. **Противопоказаны барбитураты (как снотворные)**
Сульфат меди, медный купорос, серномедная соль и другие соли меди, медные краски	Медный вкус во рту, слюнотечение, рвота сине-зелеными массами, кровавый понос, тенезмы. Сильная жажда, резкие боли в животе. Головная боль, мышечная слабость, бред, судороги. Затрудненное дыхание, малый неправильный пульс, коллапс. Уменьшение мочи, моча черного цвета, много белка	Применение Antidotum metallorum (см. Сулема). Рвоту поддерживать обильным питьем теплого молока, белковой воды, слизистых отваров. Промывание желудка 0,1% раствором желтой кровяной соли или раствором марганцовокислого калия (1 : 1000).

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		Внутрь — 1% раствор марганцовокислого калия по 1 столовой ложке каждые 15 минут или жженая магнезия (30,0); белковая вода, солевое слабительное. На живот — грелки. Под кожу — кофеин, стрихнин. При болях — морфин или омнопон. **Противопоказаны кислоты, жиры и масла**
Сырный яд		См. Птомаины
Табак — Nicotiana tabacum, никотин	Симптомы острого отравления: тошнота, рвота, головная боль, тахикардия, судороги, падение сердечной деятельности, коматозное состояние. При хроническом отравлении у курильщиков наблюдаются диспепсические явления, сердцебиение, тахикардия, аритмия, явления стенокардии, повышенная возбудимость, головокружение, потливость, расстройство зрения, сужение зрачков	При отравлении частями растения промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — солевое слабительное. При отравлении никотином и при курении — холодный компресс на голову, промывание желудка водной взвесью угля. И в том, и в другом случае отравления — под кожу дигален-нео- или конвазид, атропин. На живот — согревающие компрессы, пить теплое молоко. При спазме сосудов — вдыхание амилнитрита. При судорогах — гексенал или барбамил внутримышечно. Раствор уксуснокислого натрия 10% 20—40 мл внутривенно
Термопсис — Thermopsis lanceolata	Рвота, может быть кровавый понос. Малый пульс, коллапс. Судороги. Накожные сыпи. Иногда приступы бронхиальной астмы	Рвоту поддерживать теплым молоком, белковой водой. Промывание желудка 0,2% раствором танина или водной взвесью угля (повторно). При судорогах — внутрь хлоралгидрат. При общем угнетении под кожу — кофеин, камфара или коразол,

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		изотонический раствор глюкозы или хлористого натрия. Согревание тела. Искусственное дыхание.
Терпентинное масло		См. Скипидар
Тетраэтилсвинец, этиловая жидкость	Потеря аппетита, тошнота, рвота. Бледность кожных покровов. Падение температуры тела и артериального давления. Бессонница. Головная боль и головокружение. Галлюцинации слуховые и зрительные. Повышенная потливость. Резкое возбуждение, судороги. В хронических случаях — вялость, апатия, быстрая утомляемость, боли в нижних конечностях	Чистый воздух. Кислород. Согревание. При приеме яда внутрь — промывание желудка 0,5—1% раствором глауберовой или английской соли. Внутрь — английская соль как слабительное и обильное питье белковой воды, молока, слизистых отваров. Снотворные: веронал 0,5 г, люминал 0,3 г, хлоралгидрат внутрь или в клизме 2 г. При коллапсе — кофеин, камфара, кордиамин, коразол
Тетрахлорметан		См. Углерод четыреххлористый
Толуидин		См. Анилин
Трипротамин-цинк-инсулин		См. Инсулин
Трихлоруксусная кислота		См. Кислоты
Угар		См. Угарный газ
Угарный газ, окись углерода, светильный газ, угар, взрывные газы	Головная боль, шум в ушах, головокружение, общая слабость, одышка, сердцебиение, на коже красные пятна. Тошнота, иногда рвота. Дыхание и пульс замедлены. В тяжелых случаях судороги, кома	Свежий воздух. Длительное искусственное дыхание. Вдыхание кислорода или карбогена. Вдыхание нашатырного спирта. Лед на голову. Внутрь — кофе, крепкий чай. Под кожу — цититон или лобелин, кофеин, глюкоза, изотонический раствор хлористого натрия. Внутривенно — 50—100 мл 25% раствора глюкозы. На конечности — горчичники или грелки. Постельный режим

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Углерод четыреххлористый, тетрахлорметан	После вдыхания — раздражение дыхательных путей, бронхит. Легочные кровотечения. Головная боль, угнетенное состояние, сонливость, двигательные и чувствительные параличи. После приема внутрь — головная боль, рвота, желтуха, галлюцинации, острый бред, потеря сознания, кома. Ослабление деятельности сердца	При отравлении путем вдыхания — свежий воздух, под кожу — кофеин, коразол, лобелин Внутривенно — глюкоза, хлористый кальций. Длительное искусственное дыхание. Вдыхание кислорода или карбогена. При отравлении путем проглатывания — немедленно внутрь сернокислую медь или под кожу апоморфин. Промывание желудка водной взвесью угля. Внутрь — солевое слабительное, уголь. Кроме того, использовать все, что указано выше при отравлении путем вдыхания этого яда
Уксусная кислота	Кровянистая рвота, серовато-белая окраска слизистой оболочки рта. Запах уксуса изо рта	См. Кислоты
Уксусная эссенция	См. Уксусная кислота	См. Кислоты
Укус змеи		См. Змеиный яд
Фовлеров раствор		См. Мышьяк
Фенамин; первитин; фенатин	Тошнота, озноб, головокружение, возбуждение, бессонница, рвота, нитевидный пульс, отек легких	Кровопускание с последующим вливанием изотонического раствора хлористого натрия. Внутрь — двууглекислый натрий. Внутривенно — 20 мл 40% раствора глюкозы. Под кожу — омнопон. Хлоралгидрат или барбамил внутрь или в клизме. Полный покой
Фенацетин		См. Анилин

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Фенол, гваякол, гептилрезорцин, гидрохинон, карболовая кислота, крезолы, креозот, креолин, лизол, парахлорфенол, пирогаллол, пирокатехин, резорцин	См. также Кислоты. Рвотные массы беловатого цвета. Запах карболовой кислоты изо рта. Общая слабость. Поражение почек: моча черно-оливкового цвета. Судороги, коллапс, кома	Промывание желудка водной взвесью угля, жженой магнезией или тиосульфатом натрия (30 г на 1 л воды) до исчезновения запаха фенола. Солевое слабительное. Внутрь — известковый сахар, известковая вода или жженая магнезия (20,0—200,0) — через 5 минут по 1 столовой ложке, кусочки льда, слизистое питье, белковая вода. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Согревание тела. Ингаляции содовым раствором. При сужении голосовой щели — трахеотомия. Интубация. **Противопоказаны внутрь сливки, молоко, масло, жиры, спирт** Примечание. Жидкую карболовую кислоту удаляют с поверхности тела немедленно, смывая ее спиртом или вазелином или каким-либо жирным маслом
Физостигмин. Эзерин. Прозерин	Беспокойство, головокружение, слабость и ригидность мышц. Слезотечение, слюнотечение, сильные поты, общая слабость. Замедленный и неправильный пульс, коллапс. Одышка, отек легких, судороги; при беременности — выкидыш. Расстройство зрения. Сужение зрачков	Под кожу — немедленно атропин. Рвотное — апоморфин. Промывание желудка раствором марганцовокислого калия (1 : 1000), водной взвесью угля, раствором таннина (1 : 500). Внутрь — солевое слабительное, уголь. Под кожу — камфара, цититон или лобелин, кофеин. Искусственное дыхание. При судорогах — осторожное вдыхание хлороформа

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Флаваргин, колларгол, протаргол	См. Нитрат серебра	При отравлении после внутреннего или внутримышечного введения препарата — немедленно глюкозу под кожу или внутривенно. Под кожу — кофеин, камфара или коразол, цититон или лобелин. Искусственное дыхание с вдыханием карбогена
Формалин (формальдегид)	При отравлении парами — насморк, кашель, слезотечение, головная боль, потеря сознания. При попадании (отравлении) внутрь — рвота, иногда с кровью, боль в животе, возбуждение, ослабление сердечной деятельности, цианоз, коматозное состояние	При вдыхании паров — свежий воздух. Вдыхать водяные пары с примесью нашатырного спирта. Под кожу — кофеин, камфара, цититон или лобелин. При приеме внутрь — промывание желудка разведенным 3% раствором углекислого или уксуснокислого натрия. Солевое слабительное, высокие клизмы. Внутрь — по 20 капель нашатырно-анисовых капель повторно или 15% раствор уксуснокислого аммония столовыми ложками. Белковая вода, яичный белок, молоко. Под кожу — кофеин или камфара
Фосфор	Сильные боли в животе, рвота, рвотные массы пахнут чесноком и светятся в темноте, кровавый понос, испражнения светятся в темноте, слабый пульс, коллапс, желтуха, возбуждение, сонливость, кома	Частые повторные промывания желудка 0,1—0,5% раствором сернокислой меди или 0,04% раствором марганцовокислого калия. Внутрь 1% раствор сернокислой меди через 5 минут по чайной ложке до наступления рвоты или 0,1% раствор марганцовокислого калия по столовой ложке через 15 минут. Слизистые отвары, щелочные воды. Солевое слабительное. Постельный режим

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		Примечание. При попадании на кожу кусочков фосфора смыть их водой, а на обожженные места наложить повязку, смоченную 5% раствором сернокислой меди или 5% раствором двууглекислого натрия, чередуя эти примочки до прекращения болей. **Противопоказаны жиры, масла, молоко, яйца**
Французская зелень		См. Мышьяк
Фталазол		См. Сульфаниламидные препараты
Фтористоводородный газ	Раздражение слизистых оболочек — насморк, слезотечение, упорный кашель, бронхит, отек легких, ослабление сердца, коллапс	Внутривенно — хлористый кальций и глюкоза. Под кожу — кофеин и коразол. Искусственное дыхание. Вдыхание карбогена
Фтористый натрий, кремнефтористый натрий	Рвота, иногда с кровью; понос. Возбуждение. Парезы мышц, судороги, паралич дыхательного центра	Промывание желудка. Внутрь — солевое слабительное, известковая вода, слизистые отвары, белковая вода. Внутривенно — хлористый кальций (повторно через 1—2 часа)
Хинин	Головная боль, боли в животе, понос, шум в ушах, ослабление слуха, расстройство зрения, иногда слепота, сонливость, цианоз, иногда кожные сыпи, возбуждение, судороги, кома; у беременных может быть выкидыш	Промывание желудка водной взвесью угля или 0,2—0,5% раствором таннина. Внутрь — касторовое масло. Под кожу — кофеин, камфара. Теплые ванны с холодным обливанием. При судорогах — хлоралгидрат. При спазмах сосудов — вдыхать амилнитрит
Хлор, белильная или хлорновая известь, жавелевая вода, пантоцид, хлорная вода,	При вдыхании паров — ожог слизистых дыхательных путей; кашель, удушье, боли в груди и в глазах, слезотечение, общее	При отравлении путем вдыхания — удаление из отравленной атмосферы в лежачем положении. Согревание. Внутривенно — 5—10 мл 10% раствора хлористого

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
хлорноватистокислый натрий, хлористый водород, хлорамин, дихлорамин Б, хлорацид.	возбуждение, цианоз, отек легких, ослабление сердца, коллапс. При приеме внутрь — рвота и боли в желудке, стеснение в груди, сильный судорожный кашель, одышка, кровянистая мокрота, спазм голосовой щели	кальция. Кровопускание (400—600 мл) с последующим введением внутривенно 40% раствора глюкозы 100 мл. Вдыхание кислорода. Под кожу — камфара, кофеин. При раздражении глаз — промывание 2% содовым раствором. Вдыхать теплые водяные пары с примесью нашатырного спирта. При сердечной слабости — строфантин внутривенно. Полный покой. Постельный режим. При приеме внутрь: промывание желудка 2% раствором тиосульфата натрия и затем водой. Внутрь — 5—15 капель нашатырного спирта с водой, белковая вода, раствор соды, молоко. Рвотное — апоморфин, полный покой, постельный режим
Хлоралгидрат	Жжение по тракту пищевода и желудка, тошнота, рвота, иногда кровавая. Глубокий сон, напоминающий наркоз. Зрачки сужены. Цианоз. Упадок сердечной деятельности, коллапс, паралич дыхательного центра	Повторное промывание желудка. Солевое слабительное. Повторно высокие клизмы. Внутрь — крепкий чай или кофе. Под кожу — кофеин, камфара или коразол, стрихнин, цититон или лобелин. Внутривенно — глюкоза с адреналином. Искусственное дыхание. Вдыхание кислорода или карбогена. Постельный режим. Согревание тела
Хлорамин		См. Хлор
Хлориновая известь		См. Хлор
Хлорная вода		См. Хлор
Хлороформ, хлорэтил, хлорэтон	При вдыхании хлороформа — бледность покровов, малый, редкий пульс, прерывистое	При отравлении путем вдыхания — прекратить наркоз. Свежий воздух. Искус-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
	и ослабленное дыхание. Рвота. Уменьшение мочи. Сначала сужение, а затем расширение зрачков. Запах хлороформа изо рта. При приеме хлороформа внутрь — рвота, кровавый понос, желтуха	ственное дыхание с вдыханием карбогена. Внутривенно — 2 л изотонического раствора хлористого натрия, подогретого до температуры тела. Согревание. Под кожу — кофеин, камфара. Массаж сердца. При приеме внутрь — промывание желудка. Солевое слабительное. Искусственное дыхание. Под кожу — атропин, адреналин, кофеин, камфара. Внутривенно — 20 мл 40% раствора глюкозы, одновременно 5 единиц инсулина повторно
Хромовая кислота	См. также. Кислоты. Красно-желтое окрашивание губ, рта и зева. Рвота желтыми, кровянистыми или зелеными массами. Головокружение, одышка. Бессознательное состояние, иногда судороги. При попадании в глаза — конъюнктивит, на кожу — абсцессы	См. Кислоты
Цианид калия		См. Синильная кислота
Цианид натрия		См. Синильная кислота
Цианистый водород		См. Синильная кислота
Цианистый газ		См. Синильная кислота
Цинк, сульфат цинка или цинковый купорос, цинковые белила, хлорид цинка и другие соли цинка	Рвота, понос, боли в животе. Учащенный слабый пульс, коллапс, судороги, кома. Слизистая рта покрыта белым налетом	При остром отравлении — применение противоядия от металлов (см. Сулема), затем поддерживать рвоту питьем теплого молока и белковой воды. Промывание желудка 2% раствором двууглекислого натрия или 0,2% раствором таннина. Внутрь — щелочные воды, слизистые от-

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
		вары, молоко, яичный белок, позднее опий. Солевое слабительное. Под кожу — кофеин, камфара или коразол. Внутривенно — глюкоза, хлористый натрий. На живот — грелки или согревающие компрессы
Цитварное семя		См. Сантонин
Чемерица		См. Вератрин
Чилибуха		См. Стрихнин
Шампиньон весенний		См. Поганка бледная
Шампиньон желтый		См. Поганка бледная
Шпанские мушки — Cantharides или Lytta vesicatoria. Кантаридин	Жгучая боль во рту и глотке. Ожоги полости рта, языка. Слюнотечение. Жажда. Затрудненное глотание. Рвота, иногда понос, боли в животе. Головная боль. Острое поражение почек; боли в области почек, болезненное и учащенное мочеиспускание. В моче кровь и белок, олигурия. Раздражение наружных половых органов. Сонливость, бред, судороги. При наружном применении — ожоги кожи.	Обильное промывание желудка. Рвотное — апоморфин. Солевое слабительное. Внутрь — слизистые отвары, белковая вода. При болях — глотать лед кусочками. Под кожу — морфин, омнопон, кофеин, коразол. Постельный режим. **Противопоказано внутрь молоко, масла, жиры, эфир, кислоты**
Щавелевая кислота	См. также Кислоты. Бело-серая окраска языка и слизистой рта. Удушье, рвота кровянистыми или бурыми массами. Олигурия, анурия. Параличи, ослабление сердца, расширение зрачков. Коллапс, судороги	Кроме вышеуказанной помощи (см. Кислоты), немедленно следует ввести еще внутрь 0,6—1 г хлористого кальция, растворив его в полустакане воды; пить известковую воду, взвесь мела в воде. Внутрь — уксуснокалиевая соль, диуретин. Внутривенно — глюкоза, изотонический раствор хлористого натрия. Под кожу: кофеин, камфара, коразол, высокие клизмы с известковой водой

Продолжение

Яды	Симптомы острого отравления	Помощь при отравлении
Щелочи едкие, едкое кали, едкий натр, аммиак, нашатырный спирт, зеленое мыло	Ожог слизистой губ, рта, пищевода и желудка. Кровавая рвота и кровавый понос. Резкие боли во рту, глотке, пищеводе и животе. Слюнотечение, расстройство глотания. Сильная жажда. Поражение почек; моча щелочной реакции. Судороги, коллапс. Иногда отек гортани	Возможно раннее осторожное промывание желудка водой, подкисленной уксусной кислотой (зонд хорошо смазать маслом). Внутрь — 1% раствор виннокаменной, уксусной или лимонной кислоты, повторно столовыми ложками через 5 минут. Слизистое питье с прибавлением тех же кислот. Обильное питье молока, масляных эмульсий. При болях — глотать лед кусочками. Ингаляции содовым раствором. Под кожу — морфин или омнопон, кофеин, камфара или коразол. Постельный режим. При попадании щелочей на кожу смыть их водой, а на обожженные места положить примочку с 5% раствором уксусной, лимонной или виннокаменной кислоты
Этиленгликоль		См. Антифриз
Эфир	Запах эфира изо рта. Сонливость, спячка, состояние наркоза. Полная потеря чувствительности. Багровая окраска лица. Понижение температуры тела. Сначала сужение, а затем расширение зрачков. Малый пульс. Расстройство дыхания, а затем паралич дыхательного центра. Иногда внезапный паралич сердца. После наркоза иногда бронхиты и пневмония	Свежий воздух. Вдыхание кислорода или карбогена. Искусственное дыхание. Под кожу — стрихнин, цититон или лобелин, кофеин или камфара, адреналин. Изотонический раствор глюкозы или хлористого натрия. При замедлении дыхания давать нюхать нашатырный спирт

ГЛАВА XVII

РЕЦЕПТУРА И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ

I.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Снотворные средства

Rp. Veronali 0,25 (0,5)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке за час до сна; запить теплым чаем

Rp. Veronali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По ½ таблетки за час до сна (ребенку 5 лет)

Rp. Veronali 0,3
Luminali 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку за 1 час до сна; запить теплым чаем

Rp. Medinali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1—2 таблетки за ½—1 час до сна; запить теплым чаем

Rp. Medinali 0,5
Butyri Cacao 1,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 3
S. По 1 свече в прямую кишку на ночь

Rp. Sol. Medinali 10% 5,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 5 мл внутримышечно перед сном (при болях или сильном возбуждении)

Rp. Luminali 0,05 (0,1)[2]
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке за 1 час до сна; запить теплым чаем

Rp. Luminali 0,005
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 3
S. По 1 порошку на ночь ребенку 1 года

Rp. Barbamyli 0,1 (0,2)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке за полчаса до сна

Rp. Barbamyli 0,3 (0,5)
Aq. destill. 25,0 (50,0)
MDS. Для клизмы (при психическом возбуждении)

---

[1] Фармакологическое описание приводится после рецепта в тех случаях, когда речь идет о новом или мало известном лекарственном препарате. Дозы в рецептах, если в них не указаны дозы для детей, рассчитаны для взрослых.

[2] При указании двух доз, из которых одна приведена в скобках, препарат может быть выписан в той или другой дозе.

Rp. Sol. Barbamyli steril. 5% 5,0
DS. Ввести в мышцы 3—5 мл
(при психическом возбуждении)

Примечание. Растворы барбамила готовят в асептических условиях; при кипячении они разлагаются.

Rp. Aethaminali 0,1
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке за полчаса до сна

Этаминал-натрий (Б)[1]. Натриевая соль этил-(1-метил-бутил)-барбитуровой кислоты; синоним — нембутал. Белый кристаллический порошок горького вкуса; растворим в воде. Снотворное средство, близкое по действию к барбамилу. Вызывает сон средней продолжительности (4—6 часов). Часто лучше переносится, чем барбамил. Дозы для взрослых 0,1—0,2 г на прием внутрь; может назначаться в свечах и клизмах (0,2—0,3 г).

Rp. Tetridini 0,2
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке перед сном

Тетридин (Б). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Оказывает снотворное действие; мало токсичен. Назначать внутрь при разных видах бессонницы по 0,2—0,3 г на прием.

Rp. Adalini 0,3
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 2 таблетки за 1 час до сна; запить теплым чаем (по ½ таблетки ребенку 5 лет)

Rp. Bromurali 0,3
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1—2 таблетки за 1 час до сна; запить теплым чаем

Rp. Adalini 0,3
Barbamyli 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку за 1 час до сна; запить теплым чаем

Rp. Chlorali hydrati 4,0
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. āā 30,0
MDS. По 1 столовой ложке на ночь

Rp. Chlorali hydrati 1,0
Mucilaginis Amyli
Aq. destill. āā 25,0
MDS. На 1 клизму

Средства, успокаивающие центральную нервную систему (седативные средства)[2]

Rp. Adalini 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

[1] Буква (Б) после названия препарата означает, что препарат относится к сильнодействующим веществам (список Б), буква (А) означает, что препарат относится к ядовитым веществам (список А).

[2] Для успокоения центральной нервной системы часто применяются снотворные средства в уменьшенных дозах.

Rp. Bromurali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Bromurali 0,2
Papaverini hydrochlorici 0,04
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при гипертонии)

Rp. Luminali 0,05
Papaverini hydrochlorici 0,02
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Barbamyli 0,05
Papaverini 0,04
Extr. Belladonnae 0,015
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 6,0 : 180,0
Natrii bromati 6,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день (микстура Бехтерева)

Rp. Natrii bromati 2,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день ребенку 1 года

Rp. Sol. Natrii bromati 10% 10,0 [1]
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 1—5 мл в вену

Rp. Kalii bromati 0,5
Extr. Valerianae 0,05
Codeini 0,01
D. t. d. N. 25 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (выпускается во флаконах в виде дражированных таблеток)

Rp. Kalii bromati
Ammonii bromati āā 3,0
Codeini phosphorici 0,1
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 десертной ложке 2—3 раза в день

Rp. Camphorae monobromatae 0,25
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (по ½ таблетки 2—3 раза в день ребенку 7 лет)

Rp. Sol. Natrii bromati 6,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Natrii bromati
Kalii bromati āā 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Natrii bromati 0,5 (2,0)
Coffeini natrii benzoici 0,2 (0,4)
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день (при неврозах)

Примечание. Дозы бромистого натрия и кофеина могут меняться в зависимости от особенностей высшей нервной деятельности больного.

Rp. Camphorae monobromatae 0,15
Luminali 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 10 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день

Rp. Sol. Magnesii sulfurici 25% 10,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 5—10 мл в мышцы

Rp. Aminazini 0,025
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды

[1] При наличии показаний для введения препаратов брома в вену применяют растворы бромистого натрия; внутривенное введение растворов бромистого калия не рекомендуется из-за угнетающего влияния иона калия на сердце.

Rp. Camphorae tritae 1,0
T-rae Valerianae 9,0
MDS. По 15—20 капель
3 раза в день

Rp. Sol. Aminazini 0,5% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутримышечных инъекций по 5 мл; развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина

Аминазин (Б). Хлоргидрат N-(3-диметиламинопропил)-2-хлорфенотиазина. Белый или слегка желтоватый мелкокристаллический порошок; хорошо растворим в воде. Порошок и водные растворы темнеют под влиянием света. Аминазин — новый препарат, оказывающий сильное успокаивающее влияние на центральную нервную систему; усиливает действие наркотиков, снотворных и болеутоляющих средств. Применяется в психиатрии для лечения больных шизофренией, при различных психозах, неврозах и других заболеваниях, сопровождающихся состоянием возбуждения и другими изменениями центральной нервной системы.

В хирургии аминазин применяют для усиления действия наркотических средств («потенцированный наркоз»), местных анестетиков и болеутоляющих средств; используется также при рвоте беременных и других видах рвоты, при лучевой болезни и некоторых других заболеваниях.

Аминазин может вызвать побочные явления. При попадании препарата и его растворов на слизистые оболочки возможны явления раздражения; при введении растворов под кожу могут развиться инфильтраты и изъязвления кожи. Болезненные инфильтраты могут наблюдаться и при введении в мышцы; при введении в вену возможно повреждение эндотелия сосудов; для уменьшения этих явлений растворы аминазина разводят растворами новокаина, глюкозы. Могут отмечаться аллергические кожные реакции и другие осложнения. Применение аминазина должно производиться под тщательным наблюдением врача. При изготовлении растворов аминазина и работе с ними медицинский персонал должен соблюдать меры предосторожности, предотвращающие попадание препарата и его растворов на кожу, слизистые оболочки, в дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт.

Препарат сохраняют в защищенном от света месте.

Rp. Reserpini 0,0001
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Резерпин — алкалоид, содержащийся в растении Rauwolfia serpentina. Оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему и снижает кровяное давление. Применяется при лечении гипертонической болезни и психических заболеваний, сопровождающихся явлениями возбуждения. Препарат назначают внутрь в таблетках, содержащих 0,0001 г (0,1 мг) или 0,00025 г (0,25 мг) резерпина. Дозы необходимо подбирать индивидуально в зависимости от эффективности и переносимости препарата. При гипертонической болезни обычно назначают по 0,1—0,25 мг 1—2—3 раза в день; лечение проводят до стойкого снижения артериального давления, затем дозу уменьшают и продолжают назначать малые «поддерживающие» дозы (0,1—0,25 мг в сутки). В психиатрической практике назначают до 0,005—0,01 г (5—10 мг) в сутки.

Резерпин противопоказан при язвенной болезни желудка и выраженном атеросклерозе.

Таблетки резерпина сохраняют с предосторожностью (список Б).

Rp. Inf. rad. Valerianae 10,0 : 200,0
Natrii bromati 4,0
MDS. По 1 столовой ложке
3 раза в день

Rp. Inf. rad. Valerianae 3,0 : 100,0
Natrii bromati 3,0
Codeini phosphorici 0,1
MDS. По 1 десертной ложке 3 раза в день (ребенку 10 лет)

Rp. T-rae Valerianae aethereae 15,0
DS. По 10—15 капель 2—3 раза в день

Rp. T-rae Valerianae
T-rae Convallariae majalis
āā 7,5
MDS. По 20—30 капель 3 раза в день

Rp. Zinci valerianici 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Zinci valerianici 0,05
Camphorae monobromatae 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Inf. herbae Leonuri villosi 15,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. T-rae Leonuri villosi 5,0
DS. По 30—40 капель 3—4 раза в день

Болеутоляющие средства группы опия и их синтетические заменители

Rp. Opii puri 0,01
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Morphini hydrochlorici 0,015
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 1—2 раза в день

Rp. Morphini hydrochlorici 0,01
Extr. Belladonnae 0,015
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече на ночь в прямую кишку

Rp. Sol. Thecodini 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

Rp. Sol. Omnoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу (по 0,2 мл ребенку 10 лет)

Rp. Omnoponi 0,015
Extr. Belladonnae 0,02
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече на ночь в прямую кишку

Rp. Thecodini 0,005 (0,01)
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Т е к о д и н (А). Белый кристаллический порошок; растворим в воде. По химическому строению и действию близок к морфину. Успокаивает боли; угнетает кашель. В ряде случаев лучше переносится, чем морфин. При длительном применении может вызвать привыкание и пристрастие («текодинизм», близкий к морфинизму).

Rp. Sol. Promedoli 1% (2%) 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день (по 0,5 мл — ребенку 10 лет)

Rp. Promedoli 0,025
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Promedoli 0,02
Medinali 0,15
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Промедол (А). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Синтетический препарат, отличающийся от морфина по химическому строению, но близкий к нему по болеутоляющей активности. В ряде случаев переносится лучше, чем морфин и омнопон. Применяется как болеутоляющее средство при травмах, подготовке к операциям, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите, инфаркте миокарда, кишечных и почечных коликах и других заболеваниях; применяется также для обезболивания родов. При длительном применении промедола может развиться привыкание и пристрастие.

Rp. Phenadoni 0,005
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Фенадон (А). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Синтетический препарат, оказывающий сильное болеутоляющее и спазмолитическое действие; применяется главным образом при болях, связанных со спазмами гладкой мускулатуры внутренних органов и кровеносных сосудов (при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститах, кишечных коликах, стенокардии и т. п.). Назначается внутрь. При длительном применении может вызвать привыкание и пристрастие.

Средства, успокаивающие кашель[1]

Rp. Codeini 0,015
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Codeini 0,015
Natrii bicarbonici 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Codeini phosphorici 0,015
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день

Rp. Codeini phosphorici 0,05
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день (ребенку 2 лет)

Rp. Codeini phosphorici 0,015
Natrii bicarbonici 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день (по ½ таблетки 2 раза в день ребенку 6 лет)

Rp. Dionini 0,01
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Dionini 0,1
Aq. Laurocerasi 10,0
MDS. По 15—20 капель 2—4 раза в день

Rp. Thecodini 0,005[2]
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Hydrocodoni phosphorici 0,005
D. t. d. N. 6
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Гидрокодонфосфат (А) — новый препарат, успокаивающий кашель. В ряде случаев более эффективен, чем кодеин. При длительном применении может вызвать привыкание.

[1] См. также Отхаркивающие средства.

[2] Применяется главным образом при упорном кашле у больных туберкулезом.

Противорвотные средства[1]

Rp. Medinali 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием

Rp. Barbamyli 0,2
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием

Rp. Aminazini 0,025
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием

Rp. Aëroni in tabul. N. 10
DS. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Chloretoni 0,5
D. t. d. N. 6 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле на прием

Rp. Validoli 5,0
DS. По 5—10 капель на прием (на кусочке сахара)

Rp. T-rae Valerianae aethereae 10,0
DS. По 15—20 капель на прием

Rp. T-rae Menthae piperitae 15,0
DS. По 15—20 капель на прием

Rp. Anaesthesini 0,3
D. t. d. N. 6 in obl.
S. По 1 облатке на прием

Rp. Aq. Chloroformii
Aq. Menthae āā 100,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Средства, оказывающие жаропонижающее, противовоспалительное (противоревматическое)[2] и болеутоляющее действие

Rp. Natrii salicylici 0,5
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 2 таблетки 2—4 раза в день

Rp. Natrii salicylici 0,3
Coffeini 0,05
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Natrii salicylici 10,0
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Rp. Natrii salicylici
Natrii bicarbonici āā 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Aspirini 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Aspirini
Phenacetini āā 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (при невралгии, мигрени)

Rp. Aspirini
Phenacetini āā 0,2
Coffeini 0,04
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (при невралгии, мигрени)

Такие таблетки выпускаются в готовом виде под названием аскофен (Ascophenum).

---

[1] В качестве противорвотных (и противотошнотных) средств могут быть использованы различные лекарственные вещества, успокаивающие центральную нервную систему, а также средства, понижающие чувствительность рецепторов слизистой оболочки желудка. Применению противорвотных средств должно предшествовать тщательное выяснение причины, вызывающей рвоту, и проведение мероприятий, необходимых для ее устранения.

[2] В последнее время в качестве противоревматических средств широкое применение получили также гормональные препараты; см. Адренокортикотропный гормон гипофиза (АКТГ).

Rp. Aspirini
Phenacetini āā 0,25
Codeini phosphorici 0,01
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при невралгии)

Rp. Methylii salicylici 10,0
Chloroformii
Ol. Terebinthinae āā 15,0
Ol. Hyoscyami 60,0
M. f. linim
DS. Наружное. При суставном и мышечном ревматизме. Для растирания 2 раза в день по 15—20 капель; перед употреблением взбалтывать.

Rp. Methylii salicylici
Ol. Hyoscyami āā 30,0
DS. Наружное. Для растирания

Rp. Methylii salicylici
Chloroformii āā 10,0
Ol. Hyoscyami 30,0
MDS. Наружное. Для растирания

Выпускается в готовом виде в склянках по 50 мл под названием салинимент (Salinimentum).

Rp. Methylii salicylici 10,0
T-rae Capsici
Ol. Hyoscyami āā 20,0
MDS. Наружное для растирания

Выпускается в готовом виде в склянках по 50 мл (и в удвоенной дозе — по 100 мл) под названием капсин (Capsinum).

Rp. Mentholi 4,0
Methylii salicylici 21,0
Vaselini 70,0
M. f. ung.
DS. Наружное. Для растирания

Выпускается в готовом виде под названием Бом-Бенге.

Rp. Antipyrini 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Antipyrini
Phenacetini āā 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Pyramidoni 0,025
Methylcoffeini 0,05[1]
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде.

Rp. Pyramidoni 0,25 (0,3)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (по ½ таблетки 2—3 раза в день ребенку 7 лет)

Rp. Pyramidoni 0,3
Coffeini 0,03
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием пирамеин (Pyrameinum).

Rp. Pyramidoni
Phenacetini āā 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием пирафен (Pyraphenum).

---

[1] По химическому строению и фармакологическим свойствам метилкофеин близок к кофеину; получается синтетическим путем.

Rp. Pyramidoni
Phenacetini āā 0,25
Coffeini 0,05
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Pyramidoni 0,25
Luminali 0,02
Coffeini 0,03
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием пирамиал (Pyraminalum).

Rp. Pyramidoni 0,2
Phenacetini 0,1
Coffeini 0,015
Acidi citrici 0,015
Sacchari 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием новомигрофен (Novomigrophenum).

Rp. Methylii salicylici 24,0
Ol. Eucalypti 1,2
Ol. Terebinthinae 3,2
Camphorae tritae 5,0
Axungiae porcinae
Vaselini āā 33,3
M. f. ung.
DS. Наружное. Растирание. Выпускается в готовом виде под названием «Бальзам Санитас»

Rp. Veronali 0,1
Pyramidoni 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием веродон (Verodonum). Таблетки в связи с наличием веронала оказывают наряду с болеутоляющим и жаропонижающим действием также снотворный эффект.

Rp. Analgini 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (по ½ таблетки 2—3 раза в день ребенку 10 лет)

Rp. Pyramidoni
Analgini āā 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Pyramidoni
Analgini āā 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Pyramidoni
Analgini āā 0,3
Codeini 0,015
Luminali 0,01
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Analgini 50% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1—2 раза в день (при сильных болях, связанных с суставным и мышечным ревматизмом, невралгиями и т. п.)

Rp. Analgini 0,25
Coffeini natrio-benzoici 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Butadioni 0,1
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 4 раза в день после еды

Бутадион (Б). Белый кристаллический порошок, нерастворимый в воде, горького вкуса. Новый синтетический препарат, близкий по строению и действию к пирамидону. Оказывает сильное противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие. По противовоспалительной (противоревматической) активности превосходит пирамидон и производные салициловой кислоты.

Применяется для лечения острых и хронических ревматоидных артритов, неспецифических полиартритов, подагры. Назначают внутрь во время или после еды по 0,1—0,15 г (взрослым) 4—5 раз в день, но не свыше 0,6 г в сутки. Детям назначают по 0,05—0,075—0,1 г 3 раза в сутки. Курс лечения продолжается 2—5 недель. При лечении бутадионом могут наблюдаться тошнота, рвота, боли в области желудка, отеки, кожные сыпи, лейкопения (до агранулоцитоза), кровотечения из почек. Лечение должно проводиться под наблюдением врача. Один раз в 5—7 дней необходимо производить исследование крови.

Противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при заболеваниях кроветворных органов, нарушениях функции печени и почек, при декомпенсации сердечной деятельности.

Rp. Phenacetini 0,25 (0,3)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Phenacetini 0,25 (0,3)
Coffeini 0,05 (0,03)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Aspirini 0,25
Phenacetini 0,15
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием асфен (Asphenum).

Rp. Aspirini 0,3
Phenacetini 0,2
Coffeini 0,03
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием новоцефалгин (Novocephalginum).

Rp. Aspirini 0,24
Phenacetini 0,18
Coffeini 0,03
Cacao pulv. 0,03
Ac. citrici 0,02
Sacchari 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием цитрамон (Citramonum).

Противосудорожные средства

Терапевтический эффект при судорогах, связанных с заболеваниями центральной нервной системы, могут оказать различные лекарственные вещества, обладающие общим успокаивающим действием. Предупредить или прекратить судороги могут также препараты курареподобного действия, угнетающие передачу нервного возбуждения в окончаниях двигательных нервов и выключающих таким образом двигательную реакцию мускулатуры. Широкое применение как противосудорожные средства имеют бромиды, хлоралгидрат, сернокислая магнезия и барбитураты, особенно люминал, который наряду со снотворным действием сильно понижает возбудимость двигательных центров головного мозга. В настоящее время имеются, кроме того, лекарственные препараты, способные подавлять судорожные реакции, не оказывая общего угнетающего (в частности, снотворного) действия. К этим препаратам относятся дифенин, гексамидин, триметин. Дифенин и гексамидин применяются преимущественно при больших формах эпилепсии (с развернутыми судорожными припадками), триметин — при малых формах эпилепсии и при психических эквивалентах. В последнее время синтезированы также новые препараты, уменьшающие судорожные явления и понижающие мышечный тонус при паркинсонизме и других заболеваниях, связанных с поражениями подкорковых узлов центральной нервной системы. К этим препаратам относится тропацин. Помимо тропацина, при этих заболеваниях применяют также препараты красавки (белладонны) и алкалоиды атропин и скополамин.

При судорожных состояниях, связанных с недостаточной функцией околощитовидных желез и недостаточным содержанием кальция в крови (тетания, спазмофилия), применяют паратиреоидин, препараты кальция, витамин D_2.

При столбняке необходимо вводить противостолбнячную антитоксическую сыворотку.

Rp. Diphenini 0,1
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день после еды

Дифенин (Б); синоним — дилантин. Белый кристаллический порошок слегка горького вкуса, растворимый в воде. Применяется при лечении больших форм эпилепсии. Доза для взрослых 0,1 г 2—3 раза в день; для детей 0,025—0,1 г 2 раза в день. Иногда назначают вместе с люминалом. Принимают после еды (во избежание раздражения слизистой оболочки желудка). Возможны побочные явления: тошнота, рвота, тремор, кожные сыпи и др. При плохой переносимости постепенно уменьшают дозу и затем прекращают дальнейшее применение. Противопоказан при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной деятельности, сильном истощении.

Rp. Hexamidini 0,25
D. t. b. N. 24 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Гексамидин (Б). Белый кристаллический порошок; мало растворим в воде. Применяется для лечения больших форм эпилепсии; при легких абортивных припадках и психических эквивалентах менее эффективен; в отдельных случаях оказывает эффект при малых формах эпилепсии. Доза для взрослых в первые 2 дня по 0,125 г в день, затем по 0,25—0,5 г до общей суточной дозы 0,5—1,5 г в зависимости от тяжести случая. Суточные дозы для детей от 3 до 6 лет — 0,25—0,75 г; от 7 до 10 лет — 0,5—1 г; от 11 до 13 лет — 0,75—1 г; от 14 до 16 лет — 0,75—1,5 г. Можно

назначать вместе с дифенином. В отдельных случаях возможны побочные явления; сонливость, головокружение, тошнота и др., иногда анемия. Противопоказан при заболеваниях печени, почек и органов кровотворной системы.

Rp. Trimetini 0,2
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. По 1 порошку 3 раза в день

Триметин (Б). Белый кристаллический порошок, растворим в воде. Применяется для лечения малых форм эпилепсии, особенно в детском возрасте. Дозы для взрослых: 0,2—0,3 г 2—3 раза в день; для детей: 0,1—0,15—0,2 г 2—3 раза в день. Возможны побочные явления: светобоязнь, кожные сыпи, анемия, лейкопения. Не реже одного раза в 10 дней необходимо производить исследование крови. Противопоказан при нарушениях функции печени и почек, заболеваниях кровотворных органов и зрительного нерва.

Rp. Natrii bromati
Ammonii bromati āā 5,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день (при эпилепсии)

Rp. Natrii biborici 0,3—0,5
D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при малых припадках)

Rp. Luminali 0,05
Coffeini natrio-benzoici 0,015
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 10,0
DS. Внутрь по 5—15 капель 2—3 раза в сутки (при паркинсонизме)

Rp. Tabul. Corbella N. 20
S. По 1—2 таблетки 1—2—3 раза в день (при паркинсонизме)

Корбелла (Б). Таблетки, содержащие 0,001 г алкалоидов корня красавки (в пересчете на атропин). Применяется при паркинсонизме, болезни Паркинсона. Назначают, начиная с одной таблетки один раз в день перед сном, затем дозу увеличивают до наиболее эффективной. Возможны побочные явления: сухость во рту, головокружение, расширение зрачков; при плохой переносимости дозу уменьшают. Противопоказания: глаукома, декомпенсация сердечной деятельности.

Rp. Tropacini 0,01 (0,15)
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

Тропацин (А). Белый кристаллический порошок горького вкуса, хорошо растворим в воде. По химическому строению и фармакологическому действию близок к атропину; при паркинсонизме часто более эффективен, чем атропин и препараты красавки. Оказывает также спазмолитическое действие при спазмах органов брюшной полости и при бронхиальной астме. Назначают внутрь. Доза для взрослых: 0,01—0,015 г 1—2 раза в день. Детям от 3 до 5 лет по 0,003—0,005 г; от 6 до 9 лет — по 0,005—0,007 г; от 10 до 12 лет — по 0,007—0,01 г на прием. Возможны побочные явления (сухость во рту, головокружение, расширение зрачков), связанные с атропиноподобным действием тропацина. Противопоказан при глаукоме, декомпенсации сердечной деятельности.

Средства, стимулирующие центральную нервную систему

Rp. Coffeini natrio-benzoici 0,1 (0,2)
D. t. d. N. 6
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Coffeini natrio-benzoici 10% (20%) 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Coffeini natrio-benzoici 0,5
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день (ребенку 1½—2 лет)

Rp. Camphorae tritae 0,1
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 10 in charta cerata
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Sol. Camphorae oleosae (s. Ol. Camphorati) 20% 1,0 (2,0)
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл под кожу

Rp. Cordiamini 15,0
DS. По 20—25 капель внутрь 2—3 раза в день

Rp. Cordiamini 1,0 (2,0)
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл под кожу

Кордиамин (Б) (25% раствор диэтиламида никотиновой кислоты). Бесцветная или желтоватого цвета жидкость со своеобразным запахом. Смешивается с водой и спиртом. Возбуждает центральную нервную систему, усиливает дыхание, улучшает кровообращение. По действию препарат близок к камфаре. Быстро всасывается при введении внутрь, под кожу, в мышцы. Применяется при острых и хронических расстройствах кровообращения и дыхания, при отравлениях наркотическими и снотворными средствами; особенно рекомендуется при сердечной слабости во время и после инфекционных заболеваний. Внутрь назначают взрослым по 20—25 капель 2—3 раза в день; детям на прием по 1 капле на 1 год жизни. Под кожу, в мышцы и в вену вводят взрослым по 1—2 мл; детям по 0,1—0,75 мл. При асфиксии новорожденных вводят медленно в пупочную вену или под кожу 0,5 мл.

Rp. Corazoli 0,1
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Corazoli 10% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 1—2 раза в день (под кожу, в мышцы или в вену)

Коразол (Б). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. По фармакологическим свойствам близок к камфаре и кордиамину. Быстро всасывается при введении внутрь, под кожу и в мышцы. Применяется при острой и хронической сердечной слабости, при отравлениях наркотиками и снотворными. В связи с сильным возбуждающим влиянием на центральную нервную систему применяется в психиатрии для вызывания судорожных приступов при лечении больных шизофренией. При хронической сердечной слабости назначается внутрь взрослым по 0,1 г, детям — по 0,025—0,05 г 2—3 раза в день; при острой сердечной слабости, шоке, асфиксии вводят под кожу или в мышцы взрослым — по 1 мл, детям — по 0,2—0,5—0,75 мл 10% раствора. При отравлениях наркотиками и снотворными вводят в вену до 2—3 мл 10% раствора. При лечении шизофрении вводят по 3—5 мл 10% раствора; лечение методом судорожной терапии производится в специализированных лечебных учреждениях.

Rp. Phenamini 0,01 (0,005)
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

Фенамин (А). Белый кристаллический порошок, горького вкуса, растворим в воде. По химическому строению близок к адреналину. Так же, как адреналин, возбуждает симпатический отдел нервной системы; отличается тем, что оказывает сильное возбуждающее влияние на центральную нервную систему. При правильной дозировке фенамин оказывает общее возбуждающее влияние, снижает чувство утомления, повышает работоспособность. Применяют фенамин главным образом в психоневрологической практике для лечения депрессивных состояний; используется также при отравлениях наркотиками и снотворными. Как стимулятор центральной нервной системы применяется для преодоления усталости и временного повышения физической и умственной работоспособности. Длительное применение фенамина для этой цели, однако, недопустимо, так как препарат лишь мобилизует резервные силы организма и не заменяет потребности в нормальном отдыхе и восстановлении сил. Применение фенамина требует осторожности. При передозировке наблюдается тошнота, озноб, головокружение, бессонница, потеря аппетита, нарушение сердечной деятельности. При длительном применении возможно привыкание и болезненное пристрастие. Поэтому отпуск и применение фенамина производят с такими же ограничениями, как при наркотиках. Назначают фенамин внутрь; доза для взрослых 0,005—0,01 г 1—2 раза в день. Высшая разовая доза — 0,01 г; суточная — 0,02 г (для взрослых). Для лечения слабости родовой деятельности разрешено применять препарат однократно в дозе 0,02 г (20 мг). Фенамин противопоказан при бессоннице, в старческом возрасте, при гипертонии, артериосклерозе, различных органических заболеваниях сердца и сосудов, заболеваниях печени.

В связи с сосудосуживающим действием фенамин используется иногда при лечении острого насморка; в последнее время выпущен специальный карманный ингалятор *«Ингафен»*, содержащий кусочек ткани, пропитанный смесью фенамина (0,32 г), ментола (0,05 г), эвкалиптового и лавандового масла. При пользовании ингалятором с него снимают колпачок, ингалятор вплотную приставляют к отверстию носа и несколько раз вдыхают воздух; в результате происходит сужение сосудов слизистой оболочки носа и уменьшение воспалительных явлений. Ингаляцию повторяют при необходимости каждые 30—40 минут. Во избежание бессонницы не следует делать ингаляцию перед сном.

Rp. Pervitini 0,003
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

Первитин (А). Белый кристаллический порошок горького вкуса, растворим в воде. По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к фенамину; более активен, но и более токсичен. Показания и противопоказания для применения такие же, как у фенамина. Назначают внутрь по 0,003 г 1—2 раза в день (взрослым). Вызывает при длительном применении привыкание и болезненное пристрастие. Отпускается и применяется с такими же ограничениями, как наркотики.

Rp. Phenatini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—3 раза в день

Фенатин (А). Белый кристаллический порошок солено-горького вкуса, растворим в воде. Является продуктом конденсации фенамина и никотиновой кислоты. Подобно фенамину возбуждает центральную нервную систему, но не вызывает сужения кровеносных сосудов и повышения артериального давления; наоборот, под влиянием фенатина артериальное давление снижается. Применяется как стимулятор центральной нервной

системы, иногда используется при лечении гипертонической болезни. Назначают внутрь по 0,05—0,15 г 2—3 раза в день (взрослым) и под кожу по 1 мл 5% раствора 1—2 раза в день. Отпускается с такими же ограничениями, как и фенамин.

Rp. Pulv. Schizandrae chinensis 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. T-rae Schizandrae chinensis 25,0
DS. По 20—30 капель 2 раза в день

Rp. T-rae Schizandrae chinensis 20,0
T-rae Strychni 5,0
MDS. По 20—25 капель 2 раза в день

Плоды и семена лимонника китайского (Fructus et semina Schizandrae chinensis). Оказывают стимулирующее влияние на центральную нервную систему, возбуждают сердечную деятельность и дыхание. Применяются в виде спиртовой настойки или порошка при физической и умственной усталости, гипотонии, повышенной сонливости и т. п. Принимают натощак или через 3—4 часа после приема пищи. Во время лечения необходимо следить за состоянием больного, учитывая возможность перевозбуждения нервной и сердечно-сосудистой системы. Противопоказаны при нервном возбуждении, бессоннице, нарушении сердечной деятельности, гипертонии.

Rp. T-rae Ginsengi 25,0
DS. По 15—25 капель 2—3 раза в день

Женьшень (корень) (Radix Ginsengi). Применяется в виде спиртовой настойки (10% на 70° спирте), реже в виде порошков (0,25—0,3 г) при переутомлении, неврастении, гипотонии.

Rp. T-rae Leuzeae carthamoidis 25,0
DS. По 20—30 капель 2—3 раза в день

Rp. Extr. Leuzeae carthamoidis fluidi 20,0
DS. По 20—30 капель 2—3 раза в день

Препараты из корня левзеи или маральего корня (Radix Leuzeae carthamoidis) по фармакологическим свойствам, показаниям и противопоказаниям для применения близки к препаратам лимонника китайского. Применяют спиртовую настойку или жидкий экстракт по 20—30—40 капель 2—3 раза в день, лучше до еды.

Rp. Pantocrini 30,0
DS. По 30 капель 2—3 раза в день

Rp. Pantocrini 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1 раз в день

Пантокрин. Жидкий спиртовый экстракт из неокостенелых рогов (пантов) марала, изюбра и пятнистого оленя. Прозрачная желтоватая жидкость. Применяют в качестве тонизирующего средства при гипотонии, неврозах, неврастении, астении, хронической слабости сердечной деятельности. Внутрь назначают по 30—40 капель 2—3 раза в день; под кожу или внутримышечно — по 1—2 мл в день; курс лечения 2—3 недели. Противопоказан при гипертонической болезни, артериосклерозе, стенокардии, органических заболеваниях крови, повышенной свертываемости крови.

Rp. Strychnini nitrici 0,03
Massae pil. q. s. ut f. pil.
N. 30
S. По 1 пилюле 2—3 раза в день

Rp. T-rae Strychni 5,0
T-rae Convallariae majalis 15,0
MDS. По 15—20 капель 2—3 раза в день

Rp. Extr. Strychni 0,3
Calcii glycerophosphorici 6,0
Massae pil. q. s. ut f. pil. N. 30
S. По 1 пилюле 2—3 раза в день

Rp. Sol. Strychnini nitrici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день (взрослому)

Rp. Strychnini nitrici 0,001
Natrii arsenicici 0,01
Aq. destill. 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,3 мл под кожу 1—2 раза в день

Выпускается в готовом виде под названием дуплекс (Duplex).

Средства, возбуждающие дыхание

Все вещества, возбуждающие центральную нервную систему (кофеин, камфара, кордиамин, коразол, фенамин и др.), в той или другой степени возбуждают дыхание. Кроме того, имеются лекарственные средства, оказывающие преимущественно возбуждающее влияние на дыхательный центр, не сопровождающееся выраженным общим возбуждением нервной системы; к этим веществам относятся цититон и лобелин. Вызываемое ими возбуждение дыхания имеет главным образом рефлекторную природу; отчасти имеет место и непосредственное возбуждение дыхательного центра. Действие этих препаратов является кратковременным, возбуждение дыхания имеет характер сильного, но короткого «толчка».

Для возбуждения дыхания используется также углекислота, применяемая в небольших концентрациях (3—5—7%) в смеси с кислородом. Такая смесь используется главным образом в хирургической практике во время наркоза и в послеоперационном периоде. Смесь 5—7% углекислоты с 95—93% кислорода носит название карбоген. При резком угнетении дыхания применение углекислоты должно производиться с осторожностью, так как в результате недостаточной вентиляции она может накопиться в организме и вызвать одышку, судороги, паралич дыхания.

Rp. Cytitoni 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену

Цититон (Б). 0,15% водный раствор алкалоида цитизина, содержащегося в растениях Cytisus laburnum, Thermopsis lanceolata. Бесцветная, прозрачная жидкость. Сильно возбуждает дыхание и повышает артериальное давление. Применяют при рефлекторных остановках дыхания во время операции, вдыхании раздражающих веществ, отравлениях наркотиками, окисью углерода, при шоке, асфиксии новорожденных. Вводят в вену и в мышцы взрослым по 0,5—1 мл, детям до 12 месяцев по 0,1—0,15 мл; от 2 до 5 лет — 0,2—0,3 мл; от 6 до 12 лет — 0,4—0,6 мл. Высшие дозы для взрослых: разовая — 1 мл, суточная — 2 мл. Противопоказан при гипертонии, выраженном артериосклерозе, отеке легких, кровотечении из крупных сосудов. Препарат не следует применять, если остановка дыхания происходит в результате постепенного, прогрессирующего истощения дыхательного центра.

Rp. Sol. Lobelini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену

Лобелин (Б). Алкалоид из растения Lobelia inflata. Получается также синтетическим путем. По влиянию на дыхание близок к цититону.

Применяется в виде 1% водного раствора при остановке дыхания или ослаблении дыхательной деятельности, если отсутствуют значительные нарушения сердечной деятельности. Вводят медленно в вену или в мышцу в виде 1% раствора взрослым по 0,3—0,5—1 мл, детям — по 0,1—0,3 мл.

II

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ОРГАНЫ, ИННЕРВИРУЕМЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫМИ НЕРВАМИ

Ацетилхолин и холиномиметические вещества

(Средства, повышающие тонус гладкой мускулатуры внутренних органов, снижающие артериальное давление, суживающие зрачок и снижающие внутриглазное давление [1]).

Rp. Acetylcholini chlorati 0,1
D. t. d. N. 3 in amp.
S. Растворить в 2 мл стерильной дистиллированной воды, вводить под кожу по 0,5—1 мл

Ацетилхолин (Б). Химическое соединение, образующееся в организме в процессе нервной деятельности; участвует в передаче нервного возбуждения в окончаниях парасимпатического отдела нервной системы и двигательных нервов, в вегетативных узлах и в центральной нервной системе. Для применения в качестве лекарственного средства получается синтетическим путем и выпускается в виде хлористой соли (ацетилхолин хлорид — Acetylcholinum chloratum) в запаянных ампулах, содержащих по 0,1 г препарата — бесцветного кристаллического вещества, расплывающегося на воздухе, легко растворимого в воде. Водные растворы готовят непосредственно перед применением в асептических условиях; при кипячении растворы разлагаются. При введении в организм ацетилхолин вызывает замедление сокращений сердца, расширение периферических кровеносных сосудов, снижение артериального давления, сокращение мускулатуры кишечника, желудка, мочевого пузыря, матки, сужение зрачков и снижение внутриглазного давления, усиление секреции пищеварительных желез и другие изменения, связанные с возбуждением органов, имеющих парасимпатическую (холинергическую) иннервацию. Как лекарственное средство ацетилхолин иногда используется при спазмах периферических сосудов (эндартериит, трофические расстройства в культях и т. п.), спазмах артерий сетчатки, иногда при глаукоме, атонии кишечника и мочевого пузыря (главным образом после оперативных вмешательств). Применяется также при предсердной форме пароксизмальной тахикардии.

Ацетилхолин оказывает непродолжительный эффект, так как он быстро разрушается в организме ферментом — холинэстеразой. Более стойкое действие оказывает карбохолин. Вводят ацетилхолин хлорид под кожу или в мышцы; при введении в желудок он неэффективен. Внутривенное введение не допускается из-за возможного резкого снижения артериального давления и остановки сердца. Доза для взрослых 0,05—0,1 г. Высшие дозы под кожу или в мышцы: разовая — 0,1 г, суточная — 0,3 г.

[1] О влиянии на внутриглазное давление см. также Антихолинэстеразные средства и Диакарб.

Противопоказан при бронхиальной астме, стенокардии, органических заболеваниях сердца. Антагонистом ацетилхолина является атропин.

Rp. Carbocholini 0,001
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Carbocholini 0,01% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Sol. Carbocholini 0,5% 5,0
Sterilisetur!
DS. По 1—2 капли 2—4 раза в день в глаз при глаукоме

Примечание. Необходимо проявить осторожность, чтобы растворы такой концентрации не были по ошибке использованы для парентерального введения.

Карбохолин (А). Белый кристаллический порошок, хорошо растворим в воде. Получается синтетическим путем.

По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к ацетилхолину, но карбохолин более активен и более стоек, что позволяет применять его не только парентерально, но и внутрь.

Применяют карбохолин при атонии кишечника и мочевого пузыря, особенно в послеоперационном периоде, при ранних формах гипертонической болезни, пароксизмальной тахикардии, облитерирующем эндартериите, глаукоме, а также для стимулирования родовой деятельности.

Назначают карбохолин в следующих дозах: при приеме внутрь (взрослым) — от 0,0005 до 0,001 г; подкожно и внутримышечно — от 0,0001 до 0,0005 г (0,1—0,5 мг). Карбохолин можно назначать 2—3 раза в день в течение 2—3 недель. Необходимо, однако, соблюдать осторожность в отношении дозировки. При глаукоме растворы карбохолина (0,5—0,75%) закапывают в конъюнктивальный мешок 2—4 раза в день.

Высшие дозы карбохолина для взрослых: разовая — внутрь 0,001 г; под кожу 0,0005 г; суточная — внутрь 0,003 г, под кожу — 0,001 г.

Противопоказан при стенокардии, резко выраженном артериосклерозе, бронхиальной астме, а также при появлении слюнотечения, поносов и значительном замедлении пульса при введении препарата в обычной дозировке. Антагонистом карбохолина является атропин.

Rp. Pilocarpini hydrochlorici 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли (при глаукоме)

Rp. Pilocarpini hydrochlorici 0,2
Vaselini albi 20,0
MDS. Глазная мазь, закладывать на ночь за края век (при глаукоме)

Rp. Pilocarpini hydrochlorici 0,1
Eserini salicylici 0,03
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли, по 1—2 капли 6 раз в день (при глаукоме)

Rp. Sol. Benzamoni 10% 10,0
DS. По 1—2 капли в конъюнктивальный мешок 3—4 раза в день

Rp. Benzamoni 1,0
Lanolini 2,0
Vaselini 8,0
M. f. ung.
DS. Глазная мазь

Бензамон (А). Белое кристаллическое вещество, хорошо растворимое в воде. Синтетический препарат. По действию близок к ацетилхолину и карбохолину; вызывает сильное сужение зрачка, снижает внутриглазное давление. Применяется в виде водных растворов и мазей.

В зависимости от тяжести заболевания применяют 3%, 10% растворы или мази. Капли вводят в конъюнктивальный мешок глаза от 2 до 6 раз в день.

Средства, действие которых связано преимущественно с уменьшением активности холинэстеразы («антихолинэстеразные» средства)

(Средства, повышающие тонус гладкой мускулатуры внутренних органов и скелетных мышц, суживающие зрачок и снижающие внутриглазное давление [1])

Rp. Physostigmini salicylici 0,05
Ac. borici 2% 10,0
MD. in vitro nigro
S. Глазные капли. По 1—2 капли 4 раза в день (при глаукоме)

Rp. Eserini salicylici 0,03
Pilocarpini hydrochlorici 0,1
Aq. destill. 10,0
MD. in vitro nigro
S. Глазные капли; по 1—2 капли 6 раз в день

Rp. Proserini 0,01 (0,015)
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Rp. Sol. Proserini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

П р о з е р и н (А). Белый порошок горького вкуса, растворим в воде. Синтетический препарат. По фармакологическим свойствам прозерин близок к физостигмину. Оба препарата уменьшают активность фермента холинэстеразы и тем самым препятствуют разрушению образующегося в организме ацетилхолина. Поэтому эффекты, вызываемые этими соединениями, сходны с эффектами ацетилхолина и холиномиметических веществ. Прозерин более стоек, чем эзерин, лучше переносится. Антагонистом прозерина является атропин.

Применяют прозерин при миастении, двигательных нарушениях после травм мозга, параличах, в восстановительном периоде после перенесенного туберкулезного менингита, полиомиелита, энцефалита и т. п., при атрофии зрительного нерва, невритах, для предупреждения и лечения послеоперационной атонии кишечника и мочевого пузыря. Применяется также для стимулирования родовой деятельности. В глазной практике применяется для сужения зрачка и снижения внутриглазного давления у больных глаукомой.

Прозерин является антагонистом курареподобных препаратов (см. Диплацин, Парамион.)

Назначают прозерин внутрь или под кожу. Внутрь назначают в порошках или таблетках взрослым по 0,01—0,015 г 2—3 раза в день; детям по 0,001 г на год жизни в сутки, но не свыше общей суточной дозы 0,01 г (10 мг). Под кожу взрослым вводят по 0,005 г (0,5 мг = 1 мл 0,05% раствора) 1—2 раза в день; детям назначают до 0,1 мл 0,05% раствора на год жизни, но не свыше 0,75 мл на одну инъекцию.

Лечение прозерином миастении проводится длительно; при других заболеваниях курс лечения продолжается 25—30 дней.

В глазной практике применяют 0,5% раствор, вводят в конъюнктивальный мешок по 1—2 капли 1—4 раза в день.

---

[1] О влиянии на внутриглазное давление см. также «Ацетилхолин и холиномиметические вещества» и Диакарб.

Высшие дозы прозерина для взрослых: разовая — под кожу 0,0005 г (0,5 мг), внутрь 0,015 г (15 мг); суточная — под кожу 0,001 г, внутрь — 0,05 г.

Прозерин противопоказан при эпилепсии, гиперкинезах, бронхиальной астме, стенокардии, выраженном артериосклерозе.

Rp. Galanthamini 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5 мл 1—2 раза в день

Галантамин (А) — алкалоид из клубней подснежника Воронова; белый кристаллический порошок, растворимый в воде.

Улучшает передачу нервного возбуждения в нервно-мышечных окончаниях и в центральной нервной системе. Применяется при лечении миастении, миопатии, остаточных явлений полиомиелита. Назначают под кожу взрослым по 0,25—0,5 мл 1% раствора, детям в зависимости от возраста: от 0,1—0,2 мл 0,25% раствора до 0,2—0,5 мл 1% раствора 1—2 раза в день.

Противопоказан при эпилепсии, бронхиальной астме, брадикардии.

Rp. Sol. Phosphacoli 1 : 10 000 10,0
DS. Глазные капли. По 1—2 капли 2 раза в день

Фосфакол (А). Прозрачная маслянистая жидкость желтоватого цвета; растворима в воде в отношении 1 : 1000.

Фосфакол является синтетическим препаратом из группы органических эфиров фосфорной кислоты, обладающих антихолинэстеразной активностью. По сравнению с эзерином оказывает значительно более сильное и продолжительное действие.

При закапывании растворов фосфакола в конъюнктивальный мешок глаза наблюдается сильное и длительное сужение зрачка и снижение внутриглазного давления.

Применяется в виде водных растворов в концентрации 0,02% (1 : 5000), 0,0133% (1 : 7500) и 0,01% (1 : 10 000). При хронической глаукоме назначают раствор 1 : 7500, начиная с 2 капель, 2 раза в сутки. Может применяться в сочетании с пилокарпином или другими миотическими средствами.

В дальнейшем, в зависимости от эффекта, частоту закапываний уменьшают или при недостаточном действии указанного раствора переходят на раствор 1 : 5000, закапывая по 2 капли 2 раза в день. При острых приступах глаукомы применяют раствор 1 : 5000.

При прободении роговицы, выпадении хрусталика и в других случаях, когда необходимо вызвать длительное и сильное сужение зрачка, а также для ослабления действия на глаз атропина (фосфакол уменьшает расширение зрачка и паралич аккомодации, вызванные атропином), вводят в конъюнктивальный мешок по 1—2 капли раствора 1 : 7500. В детской практике применяют раствор 1 : 10 000.

В отдельных случаях, так же как и при применении эзерина, могут наблюдаться подергивания век, головные боли, боль в глазу, иногда быстро проходящая гиперемия слизистой оболочки глаза. Побочные явления проходят самостоятельно. Во избежание побочных явлений не следует закапывать одновременно более 2 капель. После каждого закапывания рекомендуется прижать пальцем область слезного мешка на 2—3 минуты во избежание попадания раствора в слезный канал и последующего всасывания.

Rp. Sol. Armini 0,005% (1 : 20 000) 10,0
DS. Глазные капли. По 2 капли 2 раза в день

Армин (А). Прозрачная желтоватого цвета жидкость, плохо растворимая в воде. По характеру и механизму действия армин близок к фосфаколу. Применяется в качестве миотического и противоглаукоматозного средства. Назначается в виде глазных капель в концентрации 0,005% (1 : 20 000) по 2 капли 1—2—3 раза в день. В некоторых случаях оказывает более сильный эффект, чем фосфакол. Может применяться в комбинации с другими миотическими средствами.

Холинолитические (парасимпатолитические) средства группы атропина [1]

(Средства, расслабляющие гладкую мускулатуру внутренних органов, расширяющие зрачок, уменьшающие секрецию)

Rp. Atropini sulfurici 0,03
Extr. et pulv. rad. liquiritiae
q. s. ut f. pil. N. 60
S. По 1 пилюле 2 раза в день перед едой

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 10,0
DS. По 5—8 капель 2—3 раза в день перед едой

Rp. Atropini sulfurici 0,00025
Papaverini hydrochlorici 0,01
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Atropini sulfurici 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,45
Extr. et pulv. rad. Valerianae
q. s. ut f. pil. N. 30
S. По 1 пилюле 2—3 раза в день

Rp. Sol. Atropini sulfurici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Под кожу по 0,5—1 мл 1—2 раза в день взрослому. По 0,25—0,3 мл ребенку 5—6 лет

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Saloli 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием бесалол (Besalolum).

Rp. Atropini sulfurici 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли (по 1—2 капли каждый час, до полного расширения зрачка)

Rp. Atropini sulfurici 0,1
Dionini 0,3
Sol. acidi borici 2% 10,0
MDS. Глазные капли (по 2 капли 2—3 раза в день)

Rp. Atropini sulfurici 0,05
Lanolini 10,0
M. f. ung.
DS. Глазная мазь

Rp. T-rae Belladonnae 10,0
DS. По 5—10—15 капель 2—3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,01
Natrii bicarbonici 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием бекарбон (Becarbonum).

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Magnesiae ustae 0,5
Bismuthi subnitrici 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при повышенной кислотности желудочного сока)

[1] См. также Тропацин и Корбелла.

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Sacchari 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae simplicis āā 10,0
T-rae Belladonnae 2,5 (5,0)
Mentholi 0,05 (0,1)
MDS. По 20—25 капель 2—3 раза в день при неврозах сердца (с замедлением пульса)

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Omnoponi 0,01
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в прямую кишку на ночь (при геморрое, трещинах заднего прохода)

Rp. Extr. Belladonnae 0,01
Papaverini hydrochlorici 0,02
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при спазмах кишечника, бронхиальной астме, холецистите)

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Ichthyoli 0,2
Butyri Cacao 1,18
M. f. suppos. D. t. d. N. 10
S. По 1 свече в прямую кишку на ночь

Свечи такого состава выпускаются в готовом виде под названием бетиол.

Rp. Extr. Belladonnae 0,02
Xeroformii 0,1
Zinci sulfurici 0,05
Glycerini 0,12
Butyri Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N. 10
S. По 1 свече в прямую кишку на ночь

Свечи такого состава выпускаются в готовом виде под названием анузол.

Rp. Pulvis antiasthmatici (Asthmatoli) 50,0
DS. Сжигать по ½ чайной ложки порошка и вдыхать образующийся дым (при бронхиальной астме)

Астматол (Б). Состоит из листьев красавки (2 части), листьев белены (1 часть), листьев дурмана (6 частей), нитрата натрия (1 часть), воды (3 части).

Наряду с астматолом при бронхиальной астме используется астматин — смесь из размельченных листьев дурмана (8 частей), листьев белены (2 части) и нитрата натрия (1 часть); применяется в виде папирос.

Rp. Homatropini hydrobromici 0,1
Aq. destill. 10,0
DS. Глазные капли (для расширения зрачка по 1—2 капли)

Гомотропин (А). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде.

По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к атропину. Применяется главным образом в глазной практике для расширения зрачка и паралича аккомодации. Противопоказан при глаукоме.

Rp. Platyphyllini bitartarici 0,003 (0,005)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Platyphyllini bitartarici 0,2% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Подкожно по 1 мл 2 раза в день

Rp. Sol. Platyphyllini bitartarici 0,5% 20,0
DS. Внутрь по 10 капель 2 раза в день

Платифиллин (А). Алкалоид; содержится в крестовнике широколистном (Senecio platyphyllus). Выпускается в виде кислой виннокислой соли, представляющей собой белый кристаллический порошок, растворимый в воде.

По фармакологическим свойствам близок к атропину.

Применяется при спазмах гладкой мускулатуры органов брюшной полости, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме, а также при спазмах кровеносных сосудов, стенокардии, спазмах сосудов головного мозга и т. п. В глазной практике платифиллин применяют в качестве средства, расширяющего зрачок. Сравнительно с атропином меньше влияет на аккомодацию; действие его менее продолжительно, чем действие атропина и гоматропина.

Назначают платифиллин внутрь по 0,003—0,005 г или по 10—15 капель 0,5% раствора 2—3 раза в день. Для купирования острых язвенных болей, а также кишечных, печеночных, почечных колик вводят подкожно по 1—2 мл 0,2% раствора 2—3 раза в день. Можно назначать также свечи, содержащие 0,01 г платифиллина. В глазной практике пользуются 1% раствором для диагностических целей и 2% раствором для лечебных целей.

Высшие дозы для взрослых: разовая — 0,01 г, суточная — 0,03 г. При передозировке платифиллина могут наблюдаться такие же явления, как при передозировке атропина (сухость во рту, сердцебиение, расширение зрачков и др.).

Платифиллин противопоказан при глаукоме, резких органических изменениях сердечно-сосудистой системы, органических заболеваниях печени и почек.

Ганглиоблокирующие средства

Ганглиоблокирующими средствами называют вещества, способные угнетать (блокировать) проведение нервного возбуждения через узлы (ганглии) вегетативного отдела нервной системы. В результате этого меняется функция органов, имеющих вегетативную иннервацию. Вследствие уменьшения поступления сосудосуживающих импульсов к кровеносным сосудам происходит их расширение и снижение артериального давления, причем гипотензивный эффект особенно выражен у лиц с повышенным артериальным давлением. Уменьшается также двигательная и секреторная активность органов желудочно-кишечного тракта, уменьшается тонус мочевого пузыря, нарушается аккомодация.

Ганглиоблокирующие препараты находят в настоящее время применение при различных заболеваниях, когда можно рассчитывать, что уменьшение поступления к органам нервных импульсов может дать терапевтический эффект, в том числе при спазмах периферических сосудов (эндартерииты, перемежающаяся хромота и т. п.), в ранних стадиях гипертонической болезни (при отсутствии органических изменений сердечно-сосу-

дистой системы), при язвенной болезни желудка, при некоторых формах бронхиальной астмы и др.

В хирургической практике ганглиоблокирующие препараты применяют для так называемой контролируемой гипотонии, т. е. для снижения артериального давления в процессе операции для уменьшения кровотечений.

Rp. Benzohexonii 0,1
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Sol. Benzohexonii 2% 1,0
D. t. d. N. 6
S. По 1 мл в мышцы 2 раза в сутки

Бензогексоний (Б). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Является одним из основных представителей группы ганглиоблокирующих препаратов.

Применяется при ранних стадиях гипертонической болезни, эндартериите, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и других заболеваниях.

Применяют его под кожу, внутримышечно и внутрь. Дозу необходимо индивидуализировать.

Внутрь назначают по 0,1 г 3—6 раз в день. Под кожу или внутримышечно вводят 2% раствор по 1—1,5 мл 1 раз в сутки.

Применение препарата должно производиться с осторожностью в связи с возможными побочными явлениями. Наиболее серьезным осложнением является ортостатический коллапс — резкое снижение артериального давления при вертикальном положении больного.

Во избежание этого осложнения больной должен до введения препарата и не менее чем в течение 2 часов после введения находиться в лежачем положении.

Бензогексоний противопоказан при гипотонии, выраженном артериосклерозе, недостаточности коронарных сосудов, органических поражениях миокарда, недостаточности функции почек, глаукоме, тромбозах, после перенесенного инфаркта миокарда и кровоизлияния в мозг. Осторожность нужна при назначении препарата больным пожилого возраста.

Rp. Sol. Pentamini 5% 1,0 (2,0)
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,4 мл в мышцы (постепенно увеличивая дозу до 1—2 мл)

Пентамин (Б). Белый кристаллический, гигроскопический порошок, хорошо растворимый в воде.

Фармакологические свойства, показания для применения, противопоказания, возможные осложнения и меры их предупреждения в основном такие же, как у бензогексония.

Вводят пентамин внутримышечно. Дозу необходимо индивидуализировать в зависимости от показаний, общего состояния больного, переносимости препарата. При гипертонической болезни обычно начинают с дозы 0,02 г (0,4 мл 5% раствора), затем дозу при хорошей переносимости постепенно увеличивают до 0,1 г (2 мл 5% раствора); инъекции производят 2—3 раза в день. Лечение проводят курсами по 3—6 недель.

Rp. Sol. Tetamoni 10% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1 раз в день

Тетамон (Б). Белое кристаллическое вещество, хорошо растворимое в воде. По действию на вегетативные ганглии сходен с бензогексонием и пентамином, обладает, однако, значительно меньшей активностью

и имеет в настоящее время ограниченное применение. Назначают преимущественно для уменьшения спазмов сосудов при облитерирующем эндартериите в первой и второй стадии.

Вводится внутримышечно в виде 10% водного раствора. Первые 2 дня вводят по 1 мл, затем по 2 мл один раз в день на протяжении 4—6 недель. При резких болях в первые 10 дней вводят по 2 мл 2 раза в день.

Возможные осложнения и противопоказания такие, как при применении гексония.

Rp. Pachycarpini hydrojodici 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Sol. Pachycarpini hydrojodici 3% 5,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 2,5—5 мл в мышцу или под кожу

Пахикарпин (Б). Алкалоид, содержащийся в софоре толстоплодной (Sophora pachycarpa) и Thermorsis lanceolata.

Для медицинских целей применяют йодгидрат пахикарпина — белый кристаллический порошок, горького вкуса, растворимый в воде.

Пахикарпин обладает способностью блокировать вегетативные узлы; в этом отношении он, однако, менее активен, чем гексоний и пентамин. Препарат хорошо всасывается при приеме внутрь и оказывает выраженный эффект при этом способе применения.

Применяется пахикарпин как ганглиоблокирующее средство главным образом при гипертонических кризах, спазмах периферических сосудов (эндартериит, перемежающаяся хромота). При гипертонической болезни не рекомендуется. Эффективен также при заболеваниях ганглиев. Кроме того, улучшает функцию мышц при миопатии.

Одной из важных особенностей пахикарпина является его способность повышать тонус и усиливать сокращения мускулатуры матки. В связи с этим пахикарпин применяют для ускорения родовой деятельности.

Назначают пахикарпин внутрь, под кожу и внутримышечно. Доза для внутреннего применения 0,05—0,1 г 2—3 раза в день. Курс лечения, в зависимости от заболевания, от 10—15 дней до 1—2—3 месяцев.

Для стимулирования родовой деятельности назначают внутримышечно или подкожно по 3—4 мл 3% раствора (реже внутрь по 0,1—0,15 г на прием). Назначение может быть повторено через 1—2 часа. Стимулирующее действие начинает проявляться через 15—30 минут после введения пахикарпина.

Высшие дозы (для взрослых): разовая — 0,2 г, суточная — 0,6 г.

Пахикарпин противопоказан при нарушении функции печени и почек, а также при выраженных расстройствах сердечной деятельности. Лечение пахикарпином в связи со стимулирующим влиянием на мускулатуру матки противопоказано при беременности.

Отпускается только по рецепту врача.

Rp. Sphaerophysini benzoici 0,03
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Sol. Sphaerophysini benzoici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

Сферофизин (Б). Алкалоид из растения сферофиза солончаковая (Sphaerophysa salsula). Применяется в виде бензойнокислой соли, белого кристаллического порошка горького вкуса, растворимого в воде.

Сферофизин вызывает снижение артериального давления, связанное с блокирующим влиянием на вегетативные узлы, и, кроме того, вызывает сокращения мускулатуры матки.

Применяется при ранних стадиях гипертонической болезни, а также для ускорения родовой деятельности и остановки кровотечений в послеродовом периоде.

Назначается внутрь в порошках и в таблетках по 0,03 г 2—3 раза в день или под кожу (или в мышцы) по 1 мл 1% раствора (также 2—3 раза в день).

Высшие дозы для взрослых: разовая — 0,03 г, суточная — 0,09 г.

Rp. Nanophyni 0,1
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Nanophyni 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 2 раза в день под кожу

Нанофин (Б). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Синтетический ганглиоблокирующий препарат.

Применяется при лечении ранних стадий гипертонической болезни. Назначают внутрь по 0,1—0,2 г или под кожу и внутримышечно по 0,02—0,05 г 2—3 раза в день. Лечение проводят курсами продолжительностью в 3—4 недели. В ряде случаев эффективен также при нейродермитах и экземе.

Противопоказан при выраженном артериосклерозе, нарушении функции печени и почек.

Адреналин и адреномиметические вещества[1]

(Средства, вызывающие сужение периферических кровеносных сосудов, повышение артериального давления, расширение бронхов)

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Под кожу; взрослому по 0,25—0,5 мл 2 раза в день (по 0,15 мл 2 раза в день ребенку 1 года; по 0,2 мл ребенку 3 лет)

Rp. Mesatoni 0,01
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% 2,0
Sol. Natrii chlorati isotonicae sterilisatae 200,0
MDS. Для внутривенного капельного вливания

Rp. Mesatoni 0,25% 10,0
DS. Для смазывания слизистой оболочки носа

Rp. Sol. Mesatoni 1% 5,0
Sterilisetur!
DS. По 0,5 мл под кожу

Мезатон (Б). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Получается синтетическим путем. По действию близок к адреналину: вызывает сужение периферических кровеносных сосудов и повышение артериального давления, расширение бронхов. В одинаковых дозах менее активен, чем адреналин, но более стоек, выдерживает стерилизацию и сохраняет активность при приеме внутрь. При соответствующих дозах оказывает сильное и длительное действие.

---

[1] См. также Фенамин и Первитин.

Применяется для повышения артериального давления при шоке, коллапсе, гипотонической болезни, кровопотерях и т. п., для сужения сосудов и уменьшения воспалительных явлений при насморке, конъюнктивитах и т. п., как заменитель адреналина в растворах местных анестетиков.

Для повышения артериального давления вводят под кожу или в мышцу по 0,3—1 мл 1% раствора; в вену (вводить медленно!) — по 0,1—0,3 мл 1% раствора; внутрь назначают в порошках или таблетках по 0,01—0,025 г. Для сужения сосудов слизистых оболочек и уменьшения воспалительных явлений применяют путем смазывания или закапывания 0,25—0,5% растворы. Для местной анестезии прибавляют по 0,3—0,5 мл 1% раствора на 10 мл раствора анестезирующего вещества.

Противопоказан при гипертонической болезни, артериосклерозе, склонности к спазмам сосудов. Применяют с осторожностью при заболеваниях миокарда, гипертиреозе и у лиц пожилого возраста.

Rp. Ephedrini hydrochlorici 0,025
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

Rp. Sol. Ephedrini hydrochlorici 5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу

Rp. Sol. Ephedrini 2% (5%) 10,0
DS. Капли для носа; по 5 капель в каждую ноздрю через 3—4 часа

Rp. Ephedrini hydrochlorici
Dimedroli
Tipheni āā 0,025
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день (при бронхиальной астме)

Эфедрин (Б). Алкалоид, содержащийся в различных видах эфедры (Ephedra). Применяется в виде хлоргидрата — белого кристаллического порошка, растворимого в воде. По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к адреналину и мезатону.

По сравнению с адреналином эфедрин оказывает менее резкое, но значительно более продолжительное действие. Эффективен при введении per os.

Эфедрин оказывает возбуждающее действие на центральную нервную систему, повышает возбудимость дыхательного центра.

Применяют эфедрин при остром снижении артериального давления (при травмах, операциях, кровопотерях), а также при пониженном кровяном давлении, сопутствующем инфекционным заболеваниям, при гипотонической болезни и т. п. При спинномозговой анестезии эфедрин употребляется для предупреждения снижения артериального давления. Применяется также при бронхиальной астме, коклюше, сенной лихорадке, крапивнице, вазомоторном насморке, сывороточной болезни, миастении, недержании мочи, морской болезни, отравлениях наркотиками и снотворными.

Назначают эфедрин внутрь, под кожу, в мышцы и вену. Внутрь назначают взрослым по 0,025—0,05 г 2—3 раза в день. Детям до 1 года — по 0,002—0,003 г; от 2 до 5 лет — по 0,003—0,01 г; от 6 до 12 лет — по 0,015—0,02 г на прием. Курс лечения эфедрином обычно продолжается 10—15 дней. Можно также назначать циклами по 3—4 дня с 3-дневными перерывами. Под кожу, в мышцы и в вену вводят взрослым 0,05—0,02 г (1—0,4 мл 5% раствора); внутривенное введение производят медленно.

При передозировке эфедрина может наблюдаться нервное возбуждение, бессонница, дрожание конечностей, задержка мочи, рвота, усиленное потоотделение, сыпь.

Противопоказан при гипертонии, артериосклерозе, тяжелых органических заболеваниях сердца, бессоннице.

Эфедрин не следует принимать во второй половине дня (во избежание бессонницы).

III

КУРАРЕПОДОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

(Вещества, вызывающие расслабление скелетной мускулатуры из-за угнетающего влияния на проведение возбуждения в области окончаний двигательных нервов)

Кураре представляет собой смесь сгущенных экстрактов из южноамериканских растений видов Strychnos и Chondodendron. С давних пор применяется местным населением в качестве яда для стрел. Кураре вызывает обездвижение животных или смерть в результате асфиксии, связанной с прекращением сокращений дыхательной мускулатуры. Вызываемое кураре обездвижение зависит от прекращения передачи нервного возбуждения с двигательных нервов на мышцы, что в свою очередь зависит от нарушения способности мышц взаимодействовать с ацетилхолином, являющимся химическим передатчиком нервного возбуждения.

Основным действующим веществом кураре является алкалоид тубокурарин.

Малыми дозами тубокурарина удается вызвать временное расслабление скелетной мускулатуры (релаксацию) без существенного изменения основных функций организма. При увеличении дозы происходит остановка дыхания, не представляющая опасности для организма, если применить искусственное дыхание («управляемое дыхание»); при больших дозах развивается асфиксия и смерть.

Т у б о к у р а р и н нашел применение в медицине, главным образом в хирургии, как средство, расслабляющее скелетную мускулатуру (релаксант). При применении вместе с закисью азота, барбитуратами, эфиром он способствует более полному расслаблению мышц и облегчает работу хирурга.

Тубокурарин применяется также в психиатрической практике для предупреждения травматических повреждений при судорожной терапии шизофрении.

В настоящее время наряду с тубокурарином в качестве мышечных релаксантов применяются различные синтетические соединения (в том числе диплацин, парамион, дитилин) и алкалоиды.

Rp. Sol. Diplacini 2% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенного введения

Д и п л а ц и н (А). Синтетический препарат; выпускается в виде 2% водного раствора в ампулах по 5 мл.

Диплацин является курареподобным препаратом, сходным по действию с тубокурарином.

Диплацин вызывает временное нарушение нервно-мышечной проводимости и расслабление скелетной мускулатуры. При искусственном дыхании препарат переносится в относительно больших дозах без угнетения кровообращения. Парализующее действие на нервно-мышечную проводимость снимается прозерином и другими антихолинэстеразными веществами (эзерин).

Диплацин применяется главным образом для более полного расслабления мускулатуры при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости (при наркозе эфиром, закисью азота, барбитуратами), а также при операциях на органах грудной полости для выключения самостоятельного активного дыхания и проведения так называемого управляемого дыхания.

Для проведения интубации диплацин вводят внутривенно в количестве 80—150 мг (4—7,5 мл 2% раствора, в среднем 1,5—2 мг на 1 кг веса больного) в смеси с 0,3—0,6 г тиопентала натрия (2,5% раствор). Смесь препаратов вводится больному медленно, в течение 2—3 минут.

Мышечное расслабление после введения больному начальной дозы диплацина держится около часа. При необходимости производят повторное введение диплацина в количестве 50% от начальной дозы; общая доза диплацина на протяжении всего оперативного вмешательства может достигать 300—400 мг (15—20 мл 2% раствора). Детям диплацин вводят в меньших дозах с учетом возраста и веса. Необходимо учитывать, что при повторном введении действие диплацина усиливается. При эфирном наркозе доза диплацина должна быть уменьшена (приблизительно в 2 раза).

Для полного выключения активного дыхания при операциях на органах грудной полости с «управляемым дыханием» диплацин должен вводиться в больших дозах, не менее 200 мг единовременно при весе больного 60—70 кг.

Применение диплацина производится только при интубационном наркозе и при наличии всех условий, необходимых для проведения искусственного дыхания. Удалять интубационную трубку следует только после восстановления достаточно глубокого и равномерного самостоятельного дыхания.

При применении диплацина должен быть приготовлен прозерин в ампулах, содержащих по 1 мл 0,05% раствора. При необходимости ослабить действие диплацина вводят в вену 1 мл раствора прозерина. Одновременно с прозерином вводят атропин (1 мл 0,1% раствора). Диплацин противопоказан при миастении, больным с нарушениями функции печени и почек, в старческом возрасте.

Rp. Sol. Paramyoni 0,1% 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенного введения

Парамион (А). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Синтетический курареподобный препарат; по характеру действия близок к тубокурарину и диплацину. Показания для применения этого препарата такие же, как для диплацина.

Вводится внутривенно. При наркозе закисью азота для расслабления мускулатуры вводят 4—5 мл 0,1% раствора, для выключения активного дыхания — 10 мл 0,1% раствора. При эфирном наркозе дозу парамиона уменьшают: для расслабления мускулатуры вводят 1,5—2 мл, для выключения дыхания — 5 мл (0,1% раствора). Продолжительность расслабления мускулатуры после однократного введения препарата составляет 30—60 минут. Применение парамиона, так же как и диплацина, позволяет значительно уменьшить количество расходуемого во время операции эфира (до 50%).

Парамион, так же как диплацин, должен применяться только при наличии всех условий для проведения искусственного дыхания. Удаление интубационной трубки при «управляемом дыхании» должно производиться только после восстановления самостоятельного дыхания. Антагонистом парамиона является прозерин. Противопоказания к парамиону такие же, как и к диплацину.

Rp. Sol. Ditilini 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенного введения

Д и т и л и н (А). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Синтетический курареподобный препарат.

Внешне сходен по действию с тубокурарином, диплацином и парамионом. Однако отличается от них по механизму и продолжительности действия. Дитилин легко разрушается холинэстеразой крови. Он действует быстро и кратковременно. Для длительного расслабления мышц необходимо повторное введение и применение больших доз дитилина. Прозерин и другие антихолинэстеразные вещества не являются антагонистами дитилина; наоборот, подавляя активность холинэстеразы, они удлиняют и усиливают действие дитилина.

Применяют дитилин главным образом при кратковременных хирургических вмешательствах (наложение швов на брюшную стенку, вправление костных отломков и вывихов и др.), интубации, бронхо- и эзофагоскопии и т. д.

При соответствующей дозировке и повторном введении может применяться и для проведения длительных операций.

Для кратковременного расслабления мышц вводят однократно в вену взрослому 1—2 мл 1% раствора. Эффект наступает сразу и продолжается 4—7 минут. Для более длительного действия вводят в вену 1—1,5 мл 1% раствора, вставляют в трахею дыхательную трубку, переходят на искусственное дыхание, затем вводят капельно 0,1—0,2% раствор со скоростью 60—100 капель в 1 минуту.

При осложнениях от введения дитилина (длительное угнетение дыхания) прибегают к искусственному дыханию.

Растворы дитилина нельзя смешивать с растворами барбитуратов (образуется осадок) и с кровью (происходит гидролиз).

Rp. Elatini 0,01
Sacchari 0,2
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Э л а т и н (А). Алкалоид, содержащийся в растении живокость высокая (Delphinium elatum). Белое кристаллическое вещество, плохо растворимое в воде.

Элатин обладает курареподобными свойствами; по механизму действия близок к тубокурарину. Действует не только при парентеральном применении, но и при введении в желудок (в соответствующих дозах). Оказывает также ганглиоблокирующее действие и угнетает подкорковые центры головного мозга.

Применяется для снижения мышечного тонуса и улучшения двигательной активности при заболеваниях центральной нервной системы, сопровождающихся повышением мышечного тонуса (спастические параличи).

Назначают внутрь в порошках или в таблетках по 0,01 г 3—5 раз в день. В первые 2 дня лечения назначают по одной таблетке в день, затем, если препарат хорошо переносится, дозу увеличивают до 3—5 таблеток в день. Количество назначений в день и длительность лечения зависят от эффективности и переносимости препарата.

Курс лечения продолжается обычно 20—30 дней.

Применение элатина противопоказано при миастении и других заболеваниях, сопровождающихся понижением мышечного тонуса, при нарушении функции печени и почек, а также при декомпенсации сердечной деятельности.

Лечение должно проводиться под тщательным врачебным наблюдением.

IV

ПРОТИВОГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Противогистаминными препаратами называют соединения, способные уменьшить чувствительность организма к гистамину. Гистамин является постоянной составной частью организма. В обычных условиях он находится преимущественно в связанном, неактивном состоянии. При некоторых патологических процессах (анафилактический шок, ожоги, отморожения, сенная лихорадка, крапивница и другие аллергические заболевания), а также при попадании в организм химических веществ (в том числе при введении лекарственных препаратов, например некоторых антибиотиков) значительно увеличивается количество свободного гистамина.

Свободный гистамин обладает высокой активностью: он вызывает спазм гладкой мускулатуры (включая мускулатуру бронхов), расширение капилляров и снижение артериального давления, отек тканей, сгущение крови и др.

Противогистаминные препараты ослабляют или полностью снимают эти реакции. Они обладают также другими фармакологическими свойствами.

Rp. Dimedroli 0,05
Sacchari 0,2
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Dimedroli
Ephedrini hydrochlorici āā 0,025
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день

Rp. Dimedroli 0,025
Euphyllini 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день

Rp. Sol. Dimedroli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1—2 раза в день

Rp. Dimedroli 0,02
Acidi borici 0,2
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли; по 1 капле 2 раза в день

Rp. Dimedroli 0,01
Ephedrini hydrochlorici 0,1
Ol. Persicorum 10,0
Ol. Menthae gtts III
MDS. Капли для носа; по 2—3 капли в каждую ноздрю 3—4 раза в день

Димедрол (Б). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Один из представителей группы противогистаминных препаратов. Он расслабляет вызванный гистамином спазм гладкой мускулатуры, уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие вызываемого гистамином отека тканей, уменьшает гипотензивное действие гистамина, предупреждает развитие анафилактического шока. Токсичность гистамина под влиянием димедрола и других противогистаминных препаратов резко снижается. Он оказывает также местноанестезирующее действие, расслабляет гладкую мускулатуру. Кроме того, он оказывает седативное (успокаивающее) действие на центральную нервную систему; может вызвать снотворный эффект.

Применяется при лечении крапивницы, сенной лихорадки, сывороточной болезни, геморрагического васкулита (капилляротоксикоза), вазомоторного насморка, ангионевротического отека, зудящих дерматозов, острого иридоциклита, аллергических конъюнктивитов и других аллергических заболеваний, аллергических осложнений от приема различных лекарств, в том числе стрептомицина и других антибиотиков. Как и другие противогистаминные препараты, он имеет применение при лечении лучевой болезни.

При бронхиальной астме димедрол относительно мало активен, его можно, однако, назначать при этом заболевании в сочетании с эфедрином, эуфиллином и другими лекарственными средствами.

Димедрол применяют также при паркинсонизме, хорее, морской и воздушной болезни, рвоте беременных, болезни Меньера.

Назначают димедрол внутрь, внутримышечно, внутривенно и местно (в виде глазных капель). Под кожу не вводят из-за раздражающего действия. Внутрь принимают в порошках, капсулах или таблетках по 0,03—0,05—0,1 г 1—3 раза в день. Курс лечения 10—15 дней. В мышцы вводят 0,01—0,05 г в виде 1—2% раствора, в вену — капельным методом 0,02—0,05 г димедрола в 75—100 мл изотонического раствора хлористого натрия.

Детям до года назначают по 0,003—0,005 г, от 2 до 5 лет — по 0,005—0,025 г, от 6 до 12 лет — по 0,025—0,05 г на прием.

Для закапывания в конъюнктивальный мешок глаза применяют 0,2—0,5% растворы (лучше на 2% растворе борной кислоты) по 1—2 капли 2—3—5 раз в сутки.

При приеме димедрола внутрь в связи с его местноанестезирующим действием может возникнуть кратковременное «онемение» слизистых оболочек полости рта; в редких случаях наблюдается головокружение, головная боль, сухость во рту, тошнота.

В связи с влиянием препарата на центральную нервную систему может наблюдаться сонливость и общая слабость. Вследствие успокаивающего и снотворного действия димедрол нельзя назначать для приема во время работы водителям транспорта и другим лицам, профессия которых требует быстрой психической и двигательной реакции.

Rp. Diprazini 0,025
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Д и п р а з и н. Белый кристаллический порошок, легко растворимый в воде. Близок по строению к аминазину. Является весьма активным противогистаминным препаратом. Применяют при крапивнице, сывороточной болезни, зудящих дерматозах, болезни Меньера и др.

Назначают внутрь, внутримышечно или в вену. Обычно дают взрослым внутрь по 0,025 г 2—3 раза в день. Дозы для детей: до 6 лет — 0,008—0,01 г, для детей старшего возраста — 0,012—0,015 г 2—3 раза в день. В мышцы вводят взрослым по 1—2 мл 2,5% раствора.

Rp. Aethizini 0,025
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—4 раза в день

Rp. Sol. Aethizini 0,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1—2 раза в день

Э т и з и н (Б). Белый кристаллический порошок, легко растворимый в воде. По химическому строению близок к аминазину и дипразину, по фармакологическим свойствам аналогичен димедролу. Основные показания к его применению такие же, как и к применению димедрола и дипразина.

Назначают внутрь в таблетках по 0,025—0,05 г 2—4 раза в день или внутримышечно по 0,5—1 мл 0,5% раствора. Детям назначают внутрь по 0,01—0,025 г на прием.

При приеме внутрь этизин вызывает умеренную анестезию слизистой полости рта; иногда вызывает сухость во рту.

Противопоказан при нарушении функции печени и почек, при органических изменениях сердца и сосудов, низком артериальном давлении.

Не должен назначаться во время работы, как димедрол и дипразин, водителям транспорта и т. п.

Rp. Diazolini 0,05
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Диазолин (Б). Белый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде. Обладает противогистаминным и антиаллергическими свойствами. В отличие от димедрола и этизина не оказывает успокаивающего и снотворного действия. При приеме внутрь оказывает продолжительный эффект.

Применяется при лечения различных аллергических заболеваний (крапивница, сывороточная болезнь, ангионевротический отек, сенная лихорадка и др.).

Назначается внутрь взрослым по 0,05—0,2 г 1—2 раза в день; детям по 0,02—0,05 г 1—2—3 раза в день. В связи с возможностью раздражающего действия на слизистую оболочку желудка рекомендуется принимать после еды.

V

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СРЕДСТВА

Средства, содержащие сердечные гликозиды

а) Препараты наперстянки

В настоящее время в медицинской практике применяются препараты из разных видов наперстянки: наперстянки пурпурной, или красной (Digitalis purpurea), наперстянки шерстистой (Digitalis lanata), наперстянки ржавой (Digitalis ferruginea), наперстянки ресинчатой (Digitalis ciliata).

Основными действующими веществами наперстянки являются гликозиды — сложные органические соединения, расщепляющиеся при определенных условиях на сахара (гликоны) и бессахаристую часть (агликоны).

Гликозиды разных видов наперстянки в химическом и фармакологическом отношении родственны между собой. Наиболее важными гликозидами наперстянки пурпурной являются дигитоксин и гитоксин, а наперстянки шерстистой — лантозиды А, В, С, которые переходят при хранении растения в дигитоксин, гитоксин и дигоксин. Препараты шерстистой наперстянки несколько быстрее всасываются и быстрее выделяются из организма, чем препараты наперстянки пурпурной, они оказывают также несколько большее диуретическое действие. Применение препаратов из разных видов наперстянки должно производиться с такой же осторожностью, как препаратов из наперстянки пурпурной; все они обладают способностью оказывать кумулятивное действие.

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,05 (0,1)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Inf. fol. Digitalis 0,5 : 180,0
Sir. simplicis 20,0
MDS. По 1 столовой ложке 4—5 раз в день (по 1 десертной ложке 3—4 раза в день ребенку 10 лет)

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,1
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в прямую кишку 3 раза в день

Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,03 (0,05)
Chinini hydrochlorici 0,05 (0,1)
Camphorae monobromatae 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12 in obl.
S. По 1 облатке 2—3 раза в день

Rp. Gitaleni 15,0
DS. По 10—15 капель 3 раза в деиь взрослому.
По 7 капель 2—3 раза в день ребенку 9 лет

Гитален (Б). Освобожденный от балластных веществ н сапоииннов раствор гликозндов наперстянки пурпурной.

Прозрачиая бесцветная илн слегка желтоватая жндкость горького вкуса, со слабым своеобразным запахом.

Назначается внутрь главным образом прн хронической сердечной недостаточности по 10—15 капель на прнем 2—3 раза в день (детям на прнем дается столько капель, сколько ребенку лет).

Rp. Tabul. Cordigiti N. 12
S. По ½ таблеткн 2 раза в день

Кордигит (Б). Препарат нз сухих листьев наперстянки пурпурной, главной действующей частью которого является сумма гликозидов — гиталин. Каждая таблетка содержнт 0,0008 г гиталина, что соответствует активности 0,1 г стандартиых листьев наперстянки.

Слегка желтоватый аморфный порошок.

Гиталин обладает меньшим кумулятивным эффектом, чем отдельные гликозиды наперстянкн (особенно дигитоксин), меньше раздражает желудочно-кишечный тракт.

Назначается внутрь по $^1/_2$—1 таблетке 2—4 раза в день.

Rp. Digipureni 15,0
DS. По 10—15 капель 2—3 раза
в день после еды

Rp. Digipureni 15,0
DS. По 15 капель 2 раза
в день в микроклизме

Дигипурен (Б). Очищенный от балластных веществ раствор в 70° спирте гликозидов из лнстьев наперстянкн пурпурной; содержит главным образом дигитоксин и гитоксин.

Показаиня н противопоказаиия такие же, как для других препаратов наперстянки.

Прнменяют внутрь по 10—15 капель 2—3 раза в день. Может назначаться в виде микроклизм.

Rp. Digitasidi 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 20 мл 20% раствора глюкозы

Дигитазид (Б). Очищенный от балластных веществ водный раствор суммы гликозидов наперстянки пурпурной.

Прозрачная жидкость со своеобразным запахом.

Применяется внутривенно при наличин показаний к назначению препаратов наперстянкн, особенно прн тяжелых расстройствах кровообращения, и в случаях, когда больной не может принимать препараты наперстянки внутрь.

Вводится внутривенно по 0,5—1 мл 1—2 раза в деиь; введение производят медленно в 15—20 мл 20% (40%) раствора глюкозы.

Rp. Lantosidi 15,0
DS. По 10—20 капель 2—3 раза
в день

Rp. Lantosidi 15,0
DS. В клизме по 10 капель
2 раза в деиь

Лантозид (Б). Спиртовой (70°) раствор суммы гликозидов из листьев наперстянкн шерстистой, очищенный от балластных веществ. Желтого цвета прозрачная жидкость.

Действует подобно спиртовым растворам суммы гликозидов из наперстянки пурпурной, но быстрее всасывается и быстрее оказывает действие, обладает меньшим кумулятивным эффектом.

В некоторых случаях (например, у больных с застойной печенью) более эффективен, чем препараты наперстянки пурпурной.

Назначается внутрь по 10—20 капель 2—3 раза в день. Может назначаться в клизмах (по 10 капель).

Rp. Dilanisidi 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 20 мл 40% раствора глюкозы

Диланизид (Б). Раствор (в 20° спирте) суммы гликозидов наперстянки шерстистой, максимально очищенный от балластных веществ.

Прозрачная бесцветная жидкость.

Применяется внутривенно. Оказывает относительно быстрый эффект. Вводят по 0,5—1 мл в 20 мл 20% (40%) раствора глюкозы 1—2 раза в сутки. Введение производят медленно.

Rp. Digalen-neo 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1 раз в день

Rp. Digalen-neo 15,0
DS. Внутрь по 10—15 капель 2—3 раза в день (взрослым)

Дигален-нео (Б). Водное извлечение из листьев ржавой наперстянки, освобожденное от балластных веществ. Прозрачная слегка желтоватая жидкость горького вкуса, содержит 30% глицерина.

Применяется, как и другие препараты наперстянки, при расстройствах сердечной деятельности, связанных с ними отеках и т. п.

Назначается внутрь и под кожу (в вену вводить нельзя).

Под кожу вводят взрослым по 0,5—1 мл 1—2 раза в день; детям до 1 года — по 0,05—0,1 мл; от 2 до 5 лет — по 0,25—0,4 мл; от 6 до 12 лет — по 0,4—0,75 мл. Внутрь назначают по 5—10—15 капель на прием 2—3 раза в день.

Rp. Digicileni 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл 1—2 раза в день под кожу

Дигицилен (Б). Водный раствор суммы гликозидов из надземных частей наперстянки реснитчатой. Прозрачная почти бесцветная жидкость, горького вкуса. Применяется под кожу и внутримышечно.

По фармакологическим свойствам, показаниям и противопоказаниям дигицилен близок к другим препаратам наперстянки. Применяется главным образом в случаях, требующих быстрого вмешательства, и когда прием внутрь невозможен (рвота и т. п.).

Вводится под кожу и в мышцы по 0,5—1 мл 1—2 раза в день (начинают с 0,5 мл). На курс 6—12 инъекций.

б) Препараты горицвета

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 4,0 (6,0—10,0) : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Adonisidi 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для введения в вену по 0,5 мл (в 10 мл 20% раствора глюкозы) 1 раз в день, постепенно увеличивая дозу до 1 мл в день

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 6,0 : 180,0
Natrii bromati 6,0
Codeini phosphorici 0,2
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день (микстура Бехтерева)

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 6,0 : 180,0
Diuretini 4,0
Sir. simplicis ad 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Adonisidi 15,0
DS. По 15 капель 2—3 раза в день взрослому. По 3 капли 2—3 раза в день ребенку 3 лет

Rp. Adonisidi
Natrii bromati āā 6,0
Codeini phosphorici 0,2
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis 3,0 : 100,0
DS. По 1 десертной ложке 4—5 раз в день ребенку 12 лет

Адонизид (Б). Водный раствор гликозидов чериогорки, максимально очищенный от балластных веществ. Прозрачная, слегка желтоватого цвета жидкость, своеобразного запаха, горького вкуса.

Адонизид более очищен от балластных веществ, чем ранее выпускавшийся адонилен.

Применяется при недостаточности сердечной деятельности, неврозах сердца. Назначают внутрь, внутривенно и под кожу (подкожные инъекции болезненны).

Внутрь принимают 2—3 раза в день: взрослые — по 15—20 капель, дети — по стольку капель, сколько ребенку лет; под кожу и в вену вводят взрослым 0,5—1 мл, детям 0,1—0,5 мл 1 раз в день. При длительном применении рекомендуется через каждые 5—6 дней сделать перерыв на 3—4 дня. Для введения в вену адонизид разводят в 10—20 мл 20% (40%) раствора глюкозы. Вводят медленно (1 мл в течение 2—3 минут).

в) Препараты строфанта

Rp. Sol. Strophanthini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,25—0,5 мл в вену (развести в 10—20 мл 20% раствора глюкозы; вводить медленно)

Rp. T-rae Strophanthi 5,0
DS. Внутрь 5 капель 2—3 раза в день (по 3 капли 2—3 раза в день ребенку 5 лет)

Rp. T-rae Strophanthi 5,0
T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae aetherea āā 10,0
MDS. По 20 капель 2—3 раза в день взрослому. По 7 капель 3 раза в день ребенку 7 лет

г) Препараты ландыша майского

Rp. T-rae Convallariae majalis 15,0
DS. По 15 капель 2—3 раза в день

Rp. T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae āā 10,0
MDS. По 20 капель 2 раза в день

Rp. T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae simplicis āā 10,0
Extr. Crataegi fluidi 5,0
Mentholi 0,05
MDS. По 20—25 капель 2 раза в день (при сердцебиении)

Rp. T-rae Strychni 5,0
T-rae Convallariae majalis 15,0
MDS. По 10—15 капель 2 раза в день

Rp. Sol. Convallatoxini 0,03% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену (развести в 10—20 мл 20% раствора глюкозы, вводить медленно!)

Конваллятоксин (А). Кристаллический гликозид, содержащийся в ландыше майском. Белый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде.

По химическому строению близок к строфантину. Обладает высокой биологической активностью. При введении в вену оказывает быстрое и сильное влияние на сердечную деятельность. Кумулятивный эффект мало выражен. При введении под кожу действует медленнее и менее активно. При приеме внутрь активность сильно снижается.

По характеру действия конваллятоксин близок к строфантину и показан в тех же случаях.

Обычно вводится внутривенно. Разовая доза составляет 0,00015—0,0003 г (0,15—0,3 мг), что соответствует 0,5—1 мл 0,03% раствора. Максимальная суточная доза (при повторных вливаниях) — 0,00045 г (0,45 мг).

Повторные введения (не превышая указанной суточной дозы) можно производить с промежутками не менее чем 8—10 часов. Вводят необходимую дозу конваллятоксина в 10—20 мл 20% или 40% раствора глюкозы; введение производят медленно (в течение 5—6 минут), так как быстрое введение может вызвать шок.

Если ранее больному назначались препараты наперстянки, необходимо до введения конваллятоксина выждать не менее 4 дней.

Так же, как и при применении строфантина, необходима осторожность и точность в дозировке и показаниях. Противопоказан в тех же случаях, что и строфантин.

Rp. Convasidi 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,2—0,5 мл в вену (в 10 мл 5% раствора глюкозы; вводить медленно!)

Rp. Convasidi 15,0
DS. По 15—20 капель 2—3 раза в день

Конвазид (Б). Водный раствор гликозидов из ландыша майского, очищенный от балластных веществ. Бесцветная жидкость, горького вкуса.

При внутривенном введении оказывает быстрое и сильное действие, близкое к действию строфантина, но менее выраженное.

Вводят внутривенно или внутрь. Подкожные инъекции болезненны. В вену вводят по 0,2—0,5 мл один раз в день ежедневно или через день. Введение производят медленно, в течение 3—4 минут (в 10—20 мл 20% или 40% раствора глюкозы).

Внутрь назначают взрослым по 15—20 капель, детям — по 1 капле на один год жизни, 2—3 раза в день.

Rp. Sol. Corglyconi 0,06% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 20 мл 40% раствора глюкозы

Коргликон (Б). Препарат, содержащий сумму гликозидов из листьев ландыша, очищенных от балластных веществ. Слегка желтоватый

аморфный порошок, без запаха, горького вкуса. Легко растворим в спирте, трудно — в воде.

Применяют водный раствор, содержащий в 1 мл 0,0006 г (0,6 мг) коргликона.

По действию коргликон близок к другим очищенным препаратам ландыша; при внутривенном введении близок по действию к строфантину, но оказывает менее продолжительный эффект.

Вводят в вену: взрослым — по 0,5—1 мл, детям от 2 до 5 лет — по 0,2—0,5 мл, от 6 до 12 лет — по 0,5—0,75 мл на инъекцию. Введение в вену производят медленно (в течение 5—6 минут) в 10—20 мл 20% или 40% раствора глюкозы.

д) Препараты желтушника

Эризимин (А). Кристаллический гликозид из желтушника серого. Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Эризимин обладает большой биологической активностью, оказывает при внутривенном введении быстрый и сильный эффект. Кумулятивными свойствами практически не обладает.

Показания к применению такие же, как для строфантина.

Вводится внутривенно по 0,5—1 мл раствора 1 : 3000 (содержит 0,33 мг кристаллического гликозида в 1 мл раствора). Вводят медленно в 20 мл 40% раствора глюкозы. Суточная доза составляет обычно 1 мл.

Противопоказания, возможные осложнения и меры предосторожности такие же, как при применении строфантина.

Rp. Cardiovaleni 15,0
DS. По 15—20 капель 1—2 раза в день

Кардиовален (Б). Комплексный препарат, в состав которого входит сок из свежей травы желтушника (или концентрат эризида), адонизид, жидкий экстракт боярышника, настойка валерьяны, камфара, бромистый натрий.

Жидкость светло-бурого цвета, солоновато-горького вкуса с запахом камфары и валерьяны.

Применяется при ревматических пороках сердца, кардиосклерозе с явлениями сердечной недостаточности и нарушениях кровообращения I, II и III степени, а также при стенокардии (без органических изменений сосудов сердца), вегетативных неврозах.

Назначают внутрь по 15—20 капель 1—2 раза в день. Курс лечения — 20—30 дней.

е) Препараты кендыря коноплевого

Rp. Sol. Cymarini 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5 мл в вену в 10 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно!)

Цимарин (А). Кристаллический гликозид, содержащийся в растении кендырь коноплевый (Apocynum cannabinum). Белое кристаллическое вещество, плохо растворимое в воде.

По характеру действия близок к строфантину; при введении в вену оказывает быстрый эффект; при наличии отеков оказывает выраженное диуретическое действие. Кумулятивные свойства менее выражены, чем у препаратов наперстянки, но могут проявляться при длительном применении.

Назначается при тех же показаниях, что строфантин. Вводится внутривенно по 0,5—1 мл 0,05% раствора (1 : 2000) в 15—20 мл 20—40% рас-

твора глюкозы 1—2 раза в сутки (вводить медленно!). Высшая суточная доза — 1,5 мл; на курс лечения применяют 10—20 инъекций. Во избежание явлений кумуляции необходимо после 3—5 инъекций делать перерыв на 1—2 дня.

Противопоказан в тех же случаях, что и строфантин.

ж) Препараты олеандра

Rp. Neriolini 0,0001
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Sol. Neriolini spirituosae 0,02% 10,0
S. По 20 капель 2 раза в день

Нериолин (А). Таблетки или раствор, содержащие гликозид олеандрин (фолинерин), получаемый из растения олеандр (Nerium oleander).

Гликозид олеандрин — белое кристаллическое вещество, малорастворимое в воде. По характеру действия близок к наперстянке; оказывает более быстрое действие, обладает меньшими кумулятивными свойствами.

Нериолин применяют при острой и хронической недостаточности кровообращения II и III степени, особенно при пороках митрального клапана с мерцательной аритмией.

Назначают внутрь по одной таблетке (0,0001 г) 3 раза в день или по 20—25 капель спиртового 0,02% раствора (1 : 5000) 2 раза в день. Рекомендуется делать перерывы в лечении нериолином через 10 дней на 4—5 дней. Длительность курса лечения в среднем 10—25 дней.

з) Препараты обвойника

Rp. Sol. periplocini 0,025% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 20 мл 40% раствора глюкозы

Периплоцин (А). Кристаллический гликозид, содержащийся в обвойнике (Periploca graeca); белое кристаллическое вещество, малорастворимое в воде.

Является активным сердечным средством; по действию приближается к строфантину.

Назначается внутривенно или подкожно. Подкожное введение болезненно. Предпочтительно вводить внутривенно (в 5—20 мл 40% раствора глюкозы).

Назначают по 0,000125—0,00025 г (0,5—1 мл 0,025% раствора) 1—2 раза в день; курс лечения состоит из 10—30 инъекций в зависимости от состояния больного.

и) Препараты морозника

Rp. Corelborini 0,0002
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Corelborini 0,025% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в вену в 10 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно!)

Корельборин (А). Кристаллический гликозид из растения морозника краснеющего (Helleborus purpurascens); кристаллическое вещество, трудно растворимое в воде.

Обладает активным сердечным действием.

По быстроте действия близок к строфантину, по длительности действия и кумулятивным свойствам — к наперстянке.

Применяется у больных с декомпенсацией сердечной деятельности, когда требуется быстрый и длительный эффект.

Разовая терапевтическая доза при введении в вену равна 0,0002—0,00025 г (0,2—0,25 мг). Вводят медленно в 10—20 мл 20% (40%) раствора глюкозы.

Введение производят один раз в сутки. Внутрь назначают по 0,0002 г на прием и до 0,0008 г в сутки.

Противопоказания к применению такие же, как к применению препаратов наперстянки.

Средства, понижающие возбудимость сердечной мышцы[1]

Rp. Chinidini sulfurici 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день за полчаса до еды

Хинидин (Б). Алкалоид, содержащийся наряду с хинином в коре хинного дерева. Оказывает угнетающее влияние на проводимость сердечной мышцы. Применяется при лечении пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии. Препарат обладает относительно высокой токсичностью и должен применяться с особой осторожностью при значительных повреждениях миокарда.

Применение сульфата хинидина: назначают внутрь в первые 2—3 дня по 0,2 г один раз в день и при хорошей переносимости дозу на 3—4-й день увеличивают до 0,2 г 3—4 раза в день, затем постепенно прибавляют по 0,2 г в день до общей дозы 0,8—1,2 г в день; всего на курс лечения до 20 г. При необходимости (наличие явлений декомпенсации) предварительно назначают препараты наперстянки, которые сами также уменьшают возбудимость сердечной мышцы.

Иногда назначают хинидин в несколько бóльших дозах: в 1-й день — по 0,2 г 2 раза, во 2-й — по 0,4 г 2 раза, в 3-й и 4-й — по 0,4 г 3 раза, в 5—8-й день — по 0,4 г 4 раза в день.

Для предупреждения рецидивов мерцательной аритмии назначают по 0,03—0,05—0,1 г 2—3 раза в день.

При применении хинидина необходимо тщательно следить за состоянием больного, повторно проводить электрокардиографические исследования.

При передозировке и индивидуальной повышенной чувствительности может наблюдаться сильное угнетение сердечной деятельности.

Rp. Extr. Crataegi fluidi 25,0
DS. По 20—30 капель 3—4 раза в день (до еды)

Rp. T-rae Crataegi 20,0
DS. По 20—30 капель 3—4 раза в день (до еды)

Rp. T-rae Convallariae majalis
T-rae Valerianae simplicis āā 10,0
Extr. Crataegi fluidi 5,0
Mentholi 0,05
MDS. По 15—20 капель 2—3 раза в день (при сердцебиении)

[1] См. также Хинин, Новокаин.

Настойка и экстракт из плодов боярышника колючего или кроваво-красного (Crataegus oxyacantha, sanguinea) несколько усиливают сокращения сердечной мышцы и вместе с тем уменьшают ее возбудимость. Применяются при функциональных расстройствах сердечной деятельности, ангионеврозах, мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии (в дополнение к хинидину или хинину).

Назначают внутрь по 20—30 капель на прием.

Средства, расслабляющие гладкую мускулатуру кровеносных сосудов[1], бронхов и органов брюшной полости[2]

Rp. Amylii nitrosi 0,5
D. t. d. N. 3 in amp.
S. Вдыхать по 2—3 капли с носового платка (при приступе стенокардии)

Rp. Natrii nitrosi 0,5
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день (при приступах стенокардии)

Rp. Nitroglycerini soluti 5,0
DS. По 1—2 капли на прием (под язык на кусочке сахара); при приступе стенокардии

Rp. Nitroglycerini 0,0005
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием (под язык)

Rp. Validoli 5,0
S. По 4—5 капель на прием (на кусочке сахара); при стенокардии

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2—4 раза в день

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Luminali 0,05
Sacchari 0,25
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (при мигрени, стенокардии)

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Extr. Belladonnae 0,015
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день (при спастических колитах)

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,25
Atropini sulfurici 0,005
Aq. destill. 10,0
M. Sterilisetur!
DS. По 1 мл под кожу (при бронхиальной астме, желчной колике, остром колите)

Rp. Papaverini hydrochlorici 2% 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—2 мл под кожу (при приступе стенокардии)

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,04
Extr. Belladonnae 0,015
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в прямую кишку (при тенезмах)

Rp. Salsolini hydrochlorici 0,03
Sacchari 0,25
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Salsolini hydrochlorici 0,03
Luminali 0,05
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

---

[1] См. также Ацетилхолин, Ганглиоблокирующие средства.

[2] См. также Атропин и другие холинолитические средства, Адреналин, Эфедрин и другие адреномиметические средства.

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Salsolini hydrochlorici 0,03
Luminali 0,02
Sacchari 0,25
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день (при стенокардии, мигрени)

Rp. Salsolini hydrochlorici 0,03
Papaverini
Luminali āā 0,02
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Sol. Salsolini hydrochlorici 1% 10,0
Sterilisetur!
DS. По 1 мл под кожу 1—2 раза в день

Rp. Salsolidini hydrochlorici 0,03
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Salsolidini hydrochlorici 0,03
Luminali
Papaverini hydrochlorici āā 0,02
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Сальсолин и сальсолидин (Б). Алкалоиды, содержащиеся в растении солянка (Salsola Richteri); применяются в виде хлоргидратов — белых кристаллических порошков, растворимых в воде.

Оба препарата снижают артериальное давление, расширяют кровеносные сосуды, оказывают успокаивающее влияние на нервную систему.

Применяются при гипертонической болезни и спазмах сосудов мозга.

Сальсолин и сальсолидин назначают внутрь по 0,03 г 2—3 раза в день; сальсолин вводят также под кожу по 1 мл 1% раствора 1—2 раза в день.

Высшая доза для взрослых: разовая — 0,1 г, суточная — 0,3 г.

Противопоказания — декомпенсация сердечной деятельности и тяжелые нарушения функции печени и почек.

Rp. Theobromini 0,25
Luminali 0,025
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку после еды 2 раза в день

Rp. Theobromini 0,3
Papaverini hydrochlorici 0,025
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Теобромин (Б). Алкалоид, добываемый из шелухи семян какао. Получается также синтетическим путем.

По химическому строению и фармакологическим свойствам близок к кофеину. Оказывает стимулирующее влияние на сердечную деятельность, расширяет венечные сосуды сердца и мускулатуру бронхов, усиливает мочеотделение. По сравнению с кофеином слабо возбуждает центральную нервную систему.

Применяют главным образом при спазмах сосудов сердца и отеках сердечного и почечного происхождения. Назначают внутрь по 0,25—0,5 г 1—2 раза в день.

Теобромин в комплексе с салицилатом натрия носит название диуретин. Его применяют в микстурах.

Rp. Theophyllini 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Theophyllini 0,1
Luminali 0,02 (0,03)
Ephedrini hydrochlorici 0,015 (0,025)
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при бронхиальной астме)

Rp. Theophyllini 0,15
Fol. Digitalis 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Theophyllini 0,2
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече 2 раза в день

Теофиллин (Б). Алкалоид, содержащийся в чайных листьях и в кофе. В настоящее время получается синтетически. Белый кристаллический порошок без запаха; трудно растворим в холодной воде.

По строению и фармакологическому действию близок к кофеину и теобромину. Оказывает выраженное мочегонное действие. Сильно расширяет кровеносные сосуды сердца; расширяет также мускулатуру бронхов. Возбуждает центральную нервную систему.

Применяют преимущественно как мочегонное средство при застойных явлениях сердечного и почечного происхождения, а также для расширения сосудов при коронарной недостаточности.

Назначают внутрь по 0,1—0,2 г 3—4 раза в день.

При применении иногда наблюдаются побочные явления: тошнота, рвота, головная боль, понос. При передозировке могут возникнуть эпилептоидные припадки. Во избежание побочных явлений теофиллин рекомендуется применять не свыше 2—3 дней подряд.

Rp. Tabul. Theophedrini N. 10
S. По 1 таблетке 1 раз в день (при бронхиальной астме)

Теофедрин. Таблетки, содержащие 0,05 г теофиллина, 0,05 г теобромина, 0,05 г кофеина, 0,2 г пирамидона, 0,2 г фенацетина, 0,02 г хлоргидрата эфедрина, 0,02 г люминала, 0,02 г листьев красавки в порошке, 0,0002 г хлоргидрата лобелина или 0,0001 г цитизина.

Применяют как лечебное и профилактическое средство при бронхиальной астме. Взрослым назначают по $1/2$—1 таблетке (при сильных приступах по 2 таблетки) один раз в день.

Детям от 2 до 5 лет назначают по $1/4$—$1/2$ таблетки, от 6 до 12 лет — по $1/2$—$3/4$ таблетки. Во избежание нарушения ночного сна теофедрин следует назначать утром или в дневное время. Высшая суточная доза для взрослых — 2 таблетки.

Rp. Euphyllini 0,1
D. t. d. N. 10 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день

Rp. Sol. Euphyllini 2,4% 10,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. В вену; 5—10 мл развести в 20 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно!)

Rp. Sol. Euphyllini 12% 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. В мышцы по 1—2 мл в день

Rp. Euphyllini 0,1
Dimedroli 0,025
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при бронхиальной астме)

Rp. Euphyllini 0,3
Butyri Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
DS. По 1 свече 2 раза в день

Эуфиллин (Б). Состоит из теофиллина и этилендиамина. Белый кристаллический порошок со слабым запахом аммиака; хорошо растворим в воде. Оказывает сильное сосудорасширяющее и диуретическое действие.

Применяется при бронхиальной астме, стенокардии, гипертонических кризах, острых и хронических заболеваниях сердца, сопровождающихся застойными явлениями.

Назначают внутрь, в мышцы, вену и в виде свечей. Под кожу растворы эуфиллина не вводят, так как они вызывают раздражение тканей.

Внутрь назначают по 0,1—0,2 г на прием (взрослым) в порошках (лучше в капсулах во избежание раздражения слизистых оболочек) после еды.

В мышцы вводят по 1—1,5 мл 24% раствора (0,24—0,36 г эуфиллина). Для введения в вену берут 5—10 мл 2,4% раствора эуфиллина и разводят в 10—20 мл 20% (40%) раствора глюкозы; введение производят медленно (в течение 4—6 минут).

Внутривенное введение противопоказано при острых случаях инфаркта миокарда с резким снижением артериального давления; лицам с неустойчивостью вегетативной нервной системы; детям до 14 лет.

Rp. Nitranoli 0,002
D. t. d. N. 20
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Нитранол (Б). Белый кристаллический порошок, плохо растворимый в воде. Вызывает расширение коронарных сосудов сердца; действует подобно нитроглицерину, но медленнее и более продолжительно. Применяют для предупреждения приступов стенокардии. Назначают внутрь в таблетках по 0,002 г 3—4 раза в день. Противопоказан при глаукоме и резких органических изменениях сердечно-сосудистой системы.

Rp. Spasmolytini 0,1
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день (после еды)

Спазмолитин (Б). Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Оказывает спазмолитическое, а отчасти и ганглиоблокирующее действие.

Применяется в качестве спазмолитического средства при спазмах кровеносных сосудов (стенокардия, эндартериит) и гладкой мускулатуры внутренних органов (пилороспазм, спастические колиты, почечные колики, язвенная болезнь и т. п.). Назначается внутрь по 0,1—0,15 г 2—3 раза в день или для блокады симпатических узлов (20—50 мл 0,5% раствора).

Rp. Tipheni 0,03
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Тифен (Б). Белый кристаллический порошок, горького вкуса. Хорошо растворим в воде. Растворы для инъекции готовят перед употреблением; при хранении они мутнеют.

Обладает сильным спазмолитическим действием.

Применяется при спазмах кровеносных сосудов: стенокардии, головных болях на почве спазмов сосудов, гипертонической болезни (I и II степени), бронхиальной астме, спазмах органов брюшной полости, холецистите, язвенной болезни, колитах, почечных коликах и др.

Назначают внутрь в таблетках. Взрослым — по 0,03—0,05—0,1 г 2—3 раза в день, детям старшего возраста — по 0,01—0,015 г 2—3 раза в день.

Под кожу вводят по 0,5—1 мл 1% раствора (готовят ex tempore).

Rp. Apropheni 0,025
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Апрофен. Новый синтетический спазмолитический препарат, обладает также холинолитическим (атропиноподобным) действием. По способности расширять кровеносные сосуды превосходит папаверин.

Применяют как спазмолитическое средство при спазмах коронарных сосудов, сосудов мозга, эндартериите, при спастических колитах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Назначают внутрь после еды. Доза для взрослых: 0,25 г 2—4 раза в день.

При приеме препарата могут наблюдаться сухость во рту, учащение пульса, расширение зрачков, что связано с атропиноподобными свойствами апрофена; в этих случаях рекомендуется уменьшить дозу препарата.

Rp. Dipropheni 0,025
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Дипрофен. Синтетический спазмолитический препарат. По химическому строению и действию близок к тифену и апрофену. Применяют как сосудорасширяющее средство при эндартериите, перемежающейся хромоте, спазмах сосудов сердца, а также при спазмах кишечника, желудка и т. п.

Принимают внутрь. Дозы для взрослого: 0,025—0,05 г 2—3 раза в день.

Rp. Sol. Gangleroni 1,5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно 3 раза в день

Ганглерон — новый спазмолитический синтетический препарат. Применяют главным образом для предотвращения приступов стенокардии. Вводят внутримышечно или подкожно по 1,5—3 мл 3—4 раза в сутки. В более легких случаях применяют внутрь по 1 чайной ложке 1,5% раствора на прием.

Ro. Dibazoli 0,005
Sacchari 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 1 раз в день (взрослому при заболеваниях нервной системы)

Rp. Sol. Dibazoli 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Dibazoli 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день (при гипертонии, стенокардии)

Rp. Dibazoli 0,02
Salsolini hydrochlorici 0,03
Sacchari 0,3
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Дибазол (Б). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Оказывает сосудорасширяющее спазмолитическое и гипотензивное действие; также стимулирует функцию спинного мозга.

Применяется при спазмах кровеносных сосудов (коронарной недостаточности, гипертонических кризах) и гладкой мускулатуры внутренних органов (язвенная болезнь желудка, спазмы привратника и кишечника и т. п.), а также при лечении нервных заболеваний, главным образом остаточных явлений полиомиелита, периферического паралича лицевого нерва и др.

Как спазмолитическое средство дибазол назначают по 0,02—0,05 г 2—3 раза в день или по 1—2 мл 1% и 2% раствора под кожу. При гипертонических кризах вводят 1—2 мл 1% раствора в вену (до 3—4 раз в день).

При лечении нервных заболеваний дибазол назначают от 5 до 10 раз в дозе 0,005 г (взрослым), по одному порошку в день или через день. Разовая доза для детей до 1 года — 0,001 г, 1—3 лет — 0,002 г, 3—8 лет — 0,003 г, 8—12 лет — 0,004 г, старше 12 лет — 0,005 г. Принимают дибазол за 2 часа до или через 2 часа после приема пищи.

Rp. Khellini 0,02
D. t. d. N. 25 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день

Келлин (Б). Кристаллическое вещество, выделенное из семян растения амми зубная (Ammi visnaga). Трудно растворим в воде. Обладает спазмолитическими свойствами: расширяет коронарные сосуды и бронхи.

Применяется при лечении больных стенокардией и бронхиальной астмой. Купирующего действия не оказывает, при острых приступах стенокардии назначается после предварительного купирования приступа нитроглицерином; при бронхиальной астме — после купирования приступа адреналином или эфедрином.

Доза 0,02—0,04 г на прием внутрь, 3 раза в день после еды. При стенокардии курс лечения продолжают 2—3 недели. Терапевтический эффект наблюдается обычно через 5—7 дней после начала лечения. При необходимости курс лечения может быть повторен.

Противопоказан при резко выраженных явлениях недостаточности кровообращения.

Rp. T-rae Eucommiae 15,0
DS. По 15—30 капель 2—3 раза в день

Rp. Extr. fluidi Eucommiae 25,0
DS. По 15—30 капель 2—3 раза в день

Экстракты и настойка из коры кустарника эукоммия (Eucommia ulmoides) обладают способностью вызывать снижение артериального давления.

Применяются при гипертонической болезни, в ранних стадиях, по 15—30 капель 2—3 раза в день.

Rp. T-rae Scutellariae 25,0
DS. По 20—30 капель 2—3 раза в день

Настойка из корневища шлемника байкальского (Scutellaria baicalensis) оказывает сосудорасширяющее действие. Применяют при лечении гипертонической болезни по 20—30 капель 2—3 раза в день.

Rp. Angiotrophini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу 1 раз в день

Ангиотрофин — водный экстракт из ткани поджелудочной железы, лишенный инсулина. Бесцветная, прозрачная жидкость.

Применяется при гипертонической болезни, спазмах сосудов, эндартериите, коронарной недостаточности. Назначается подкожно и внутримышечно по 1 мл в течение 5—10 дней.

VI

МОЧЕГОННЫЕ СРЕДСТВА[1]

Rp. Mercusali 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутримышечных введений (по 0,5—1 мл 1 раз в 5 дней)

Меркузал (Б). Ртутный препарат, оказывающий сильное мочегонное действие. Применяется внутримышечно при отеках на почве хронической сердечной недостаточности, цирроза печени, нефроза и других заболеваний.

Применение препарата должно производиться с осторожностью, так как он обладает относительно высокой токсичностью.

Обычно назначают взрослым по 0,5—1 мл 1 раз в 4—5 дней; иногда применяется в малых дозах (0,25—0,3 мл) ежедневно в течение 4—5 дней или через день в течение 8—10 дней. Высшая разовая доза в мышцы для взрослых 1 мл. Детям меркузал вводят в мышцы в дозе от 0,1 до 0,75 мл 1 раз в 4—5 дней.

После первой инъекции (не более 0,5 мл) необходимо выяснить, обладает ли больной повышенной чувствительностью к препарату; в процессе лечения необходимо следить за возможными явлениями ртутной интоксикации: усилением слюноотделения, диспепсическими явлениями, наличием крови в испражнениях. Появление осложнений требует перерыва в инъекциях или отмены препарата.

Меркузал противопоказан при сосудистых заболеваниях почек, недостаточной концентрационной способности почек, отсутствии диуретического эффекта после введения препарата, наличии поносов.

Rp. Tabul. Promerani N. 10
DS. По 1 таблетке 3 раза в день

Промеран — новый ртутный диуретик, действующий при приеме внутрь. Показания для применения такие же, как для меркузала. Выпускается в таблетках, содержащих препарат в количестве, соответствующем 10 мг ртути. Назначают внутрь. Доза для взрослых: 1 таблетка 3—4 раза в день после еды. После каждых 4—5 дней приема делают перерыв на 3—4 дня. Противопоказания такие же, как для меркузала.

Rp. Diacarbi 0,25
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 1 раз в день

Диакарб (Б). Новый синтетический мочегонный препарат, не содержащий ртути. Относится к группе сульфамидов. Белый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде.

Применяется главным образом при отеках сердечного происхождения, а также при нефрозах и циррозе печени. Применяется также для снижения внутриглазного давления при глаукоме.

Назначают диакарб внутрь. Разовая доза составляет 0,25 г (реже 0,5 г). Принимают как мочегонное по одному разу в день — каждый день или через день курсами по 2—4 дня. При частом применении диуретический эффект уменьшается.

---

[1] См. также Кофеин, Диуретин, Теобромин, Эуфиллин.

При глаукоме диакарб назначают по 0,125—0,25 г на прием 1—3 раза в день. После каждых 5 дней приема делают перерыв на 2 дня. Хороший эффект наблюдается в ряде случаев при одновременном назначении диакарба и миотических средств.

Rp. Liq. Kalii acetici 30,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 4—5 раз в день (при хронической сердечно-сосудистой недостаточности, гепатитах, циррозе печени и т. п.)

Rp. Inf. baccarum Juniperi 10,0: 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Herbae Equiseti arvensis 25,0
DS. 2 столовые ложки заварить в стакане кипящей воды, настоять и выпить в течение дня

Примечание. Трава полевого хвоща противопоказана при нефритах и нефрозах, так как вызывает раздражение почек.

Rp. Decocti fol. Uvae ursi 10,0 : 180,0
DS. По 1 столовой ложке 5—6 раз в день (при циститe, пиелите); как мочегонное и дезинфицирующее

Rp. Inf. gemmarum Betulae 20,0 : 200,0
DS. По 2 столовые ложки 3—4 раза в день

Rp. Inf. fol. Orthosiphoni 3,5 : 200,0
DS. По ½ стакана за полчаса до еды 2 раза в день (пить в теплом виде)

Листья ортосифона (Folium Orthosiphoni), или почечный чай. Применяют в качестве мочегонного средства при отеках на почве сердечной недостаточности и нарушения функции почек. Настой следует готовить ежедневно: 3—3,5 г листьев заваривают 200 мл кипящей воды и настаивают в теплом месте 30 минут. Процеживают и доливают кипяченой водой до первоначального объема.

Принимают в теплом виде по 1/2 стакана за 20—30 минут до еды, 2 раза в день.

VII

МАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(Средства, вызывающие сокращение мускулатуры матки) [1]

Rp. Pulv. Secalis cornuti 0,3—0,5
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Extr. Secalis cornuti fluidi 15,0
DS. По 15—20 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Secalis cornuti fluidi
Extr. Polygoni hydropiperis fluidi
Extr. Urticae dioicae fluidi āā 10,0
MDS. По 30 капель 3 раза в день

Rp. Pulv. Secalis cornuti 0,3
Acidi ascorbinici 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день (при послеродовых маточных кровотечениях)

Rp. Sol. Ergotali 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл под кожу 1 раз в день

Rp. Tabul. Ergotali N. 12
S. По 1 таблетке 2 раза в день

[1] См. также Пахикарпин и Сферофизин, Прозерин.

Эрготал (Б). Препарат, содержащий сумму алкалоидов спорыньи. Серовато-белый порошок, хорошо растворимый в воде. Назначают внутрь по $^1/_2$—1 таблетке 2—3 раза в день или вводят под кожу по 0,5—1 мл 0,05% раствора.

Rp. Stypticini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Sol. Stypticini sterilisatae 5% 10,0
DS. По 1 мл под кожу

Rp. T-rae fol. Berberis vulgaris 50,0
DS. По 30—40 капель 3 раза в день

Rp. Inf. herbae Bursae pastoris 10,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. T-rae fol. Berberis amurensis 50,0
DS. По 30 капель на прием 3 раза в день

Rp. Extr. Bursae pastoris fluidi 20,0
DS. По 20 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Bursae pastoris fluidi
Extr. Viburni fluidi āā 10,0
MDS. По 20 капель 3 раза в день

VIII

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ОБЛАСТИ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ

Местноанестезирующие средства

Rp. Anaesthesini 0,3
D. t. d. N. 6 in obl.
S. По 1 облатке 2 раза в день перед едой (при болях в желудке, рвоте)

Rp. Anaesthesini 2,5
Mentholi 0,5
Vaselini 10,0
Lanolini 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь для носа

Rp. Anaesthesini 3,0
Vaselini
Lanolini āā 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при кожном зуде)

Rp. Anaesthesini 5,0
Amyli Tritici 45,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Anaesthesini 0,1
Dermatoli 0,2
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 10
S. По 1 свече 2 раза в день

Имеются также готовые свечи «Анестезол», содержащие анестезина 0,05 г, экстракта водяного перца 0,06 г, окиси цинка 0,016 г, активированного угля 0,01 г, основы для свечей 2,2 г. Применяются при геморрое по 1—2 свечи в день.

Rp. Novocaini 0,5
Sol. Natrii chlorati isotonicae 200,0
M. Sterilisetur!
DS. Для инфильтрационной анестезии

Rp. Novocaini 0,5
Aq. destill. 200,0
MDS. Внутрь по 1 столовой ложке (при болях в желудке)

Rp. Novocaini 1,25
Natrii chlorati 3,0
Kalii chlorati 0,038
Kalcii chlorati 0,062
Aq. destill. 500,0
M. Sterilisetur!
DS. Для анестезии по методу А. В. Вишневского

Rp. Sol. Novocaini 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для проводниковой анестезии

Rp. Novocaini 0,1
Spiritus vini
Glycerini āā 7,5
MDS. Ушные капли

Rp. Sol. Dicaini 0,25% (0,5—1%) 5,0
Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% gtts III
MDS. Для поверхностной анестезии в глазной практике (по 2—3 капли в глаз)

Дикаин (А). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Является сильным местноанестезирующим средством, но обладает высокой токсичностью и должен применяться с осторожностью.

В глазной практике применяют по 2—3 капли 0,25—0,5—1% раствора. К растворам прибавляют 0,1% раствора адреналина (3—5 капель на 10 мл раствора дикаина). В оториноларингологии применяют для взрослых до 3 мл 1% раствора, которым пропитывают тампон и смазывают слизистые оболочки; у детей до 10 лет дикаин не применяют, у детей старшего возраста применяют не более 1—2 мл 0,5—1% раствора. Дикаин используется также в хирургической практике для перидуральной анестезии. Применяется по правилам, изложенным в специальной инструкции, утвержденной Ученым советом Министерства здравоохранения СССР.

Rp. Sol. Sovcaini 1% 1,0
D. t. d. N. 3 in amp.
S. По 0,25—0,5 мл для спинномозговой анестезии

Совкаин (А). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Применяется главным образом для спинномозговой анестезии. Вводят взрослым 0,8—0,9 мл 1% раствора, детям в возрасте 8—10 лет — 0,3—0,4 мл. Высшая доза для взрослых при введении в спинномозговой канал — 0,01 г.

Препарат применяют с осторожностью, учитывая его относительно высокую токсичность.

Rp. Sol. Cocaini hydrochlorici 2% 5,0
Sol. Adrenalini hydrochlorici 0,1% gtts III
MDS. Для анестезии слизистой носа (в руки врача)

Rp. Sol. Cocaini hydrochlorici 1% 5,0
DS. По 5 капель 2 раза в день в каждую половину носа (при синусите)

Обволакивающие и адсорбирующие средства

Rp. Mucilaginis Amyli 100,0
T-rae Opii simpl. gtts X
MDS. На 1 клизму

Rp. Mucilaginis Salep 100,0
DS. По 1 чайной — 1 десертной ложке 3—4 раза в день (при поносах)

Rp. Boli albae 100,0
DS. По 1—2 столовые ложки натощак, взболтать в ½—1 стакане воды

Rp. Boli albae 5,0
Mucilaginis Salep 100,0
MDS. По 1 чайной ложке через 2—3 часа (детям при поносах)

Rp. Carboleni 0,5
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. 1—2 таблетки 3—4 раза в день (при метеоризме, повышенной кислотности желудочного сока)

Вяжущие средства

Rp. Tannini 3,0
Aq. destill. 100,0
MDS. Для смачивания кожи при ожогах (II степени)

Rp. Tannini 2,0
Glycerini 20,0
T-rae Jodi 1,0
MDS. Для смазывания десен

Rp. Tannini 1,0
Glycerini 10,0
MDS. Для смазывания гортани (при хроническом катаральном ларингите)

Rp. Tannalbini
Saloli āā 0,3
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием тансал (Tansalum)

Rp. Tannalbini 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день (взрослому и ребенку 10—12 лет)

Rp. Tannalbini
Bismuthi subnitrici āā 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в день (при остром колите)

Rp. Tannalbini
Benzonaphtoli āā 0,3
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Thealbini
Bismuthi subnitrici āā 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Thealbini 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Тельбин. Содержит дубильные вещества чайного листа. По действию сходен с танальбином и применяется наравне с ним.

Rp. Bismuthi subnitrici 0,3 (0,5)
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Bismuthi subnitrici
Saloli āā 0,25
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Bismuthi subnitrici
Magnesiae ustae āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. Принимать 3 раза в день по 1 порошку (при гастритах)

Rp. Bismuthi subnitrici 0,5
Extr. opii 0,01
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при поносах)

Rp. Plumbi acetici 10,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 2 чайные ложки на кружку воды (для спринцеваний)

Rp. Liq. Burovi 50,0
DS. Для примочек (1 чайная ложка на 1 стакан воды)

Rp. Aluminis 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Для полоскания (или спринцевания)

Rp. Aluminis 0,1
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли (при хроническом конъюнктивите)

Rp. Aluminis 4,0
Acidi borici 6,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Для примочек (при экземе)

Rp. Bismuthi subnitrici 10,0
Decocti Salep ad 200,0
T-rae Opii simpl. gtts V
MDS. На 2 клизмы (при колитах)

Rp. Bismuthi subnitrici 3,0
Vaselini albi
Lanolini āā 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь при ожогах, язвах

Rp. Xeroformii 10,0
DS. Присыпка

Rp. Ung. Xeroformii 3% 10,0
DS. Глазная мазь

Rp. Xeroformii 1,0
Zinci oxydati 5,0
Lanolini
Vaselini āā 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Dermatoli 10,0
Zinci oxydati 20,0
Talci 30,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Dermatoli 0,2
Extr. Belladonnae 0,01
Butyri Cacao 2,5
M. f. suppos. D. t. d. N. 6
S. По 1 свече утром и на ночь в прямую кишку (при геморрое)

Rp. Plumbi acetici 0,25% 50,0
S. Примочка для глаз (при конъюнктивите)

Rp. T-rae Hyperici 20,0
DS. По 30—40 капель на полстакана воды для полоскания рта

Rp. Dec. rad. Sanguisorbae 15,0 : 200,0
DS. По 1 столовой ложке 5—6 раз в день (отвар корневища и корня кровохлебки)

Rp. Extr. fluidi Sanguisorbae 30,0
DS. По 30—50 капель 3—4 раза в день (при поносах)

Rp. Inf. fol. Salviae 20,0 : 200,0
S. Полоскание (настой листьев шалфея)

Rp. Acidi salicylici 2,0
Aluminis usti
Talci āā 50,0
MDS. Присыпка

Rp. Decocti corticis Quercus 20,0 : 200,0
DS. Для полоскания полости рта (отвар коры дуба)

Rp. Decocti corticis Quercus 10,0 : 150,0
Aluminis 2,0
Glycerini 15,0
MDS. Для полоскания полости рта (при стоматите)

Rp. Decocti corticis Quercus 40,0 : 200,0
Sterilisetur!
DS. Наружное (при ожогах)

Rp. Herbae Hyperici 30,0
S. Одну столовую ложку облить одним стаканом кипяченой воды, кипятить 10 минут, остудить, процедить; принимать по $^1/_3$ стакана 3 раза в день за полчаса до еды (трава зверобоя)

Rp. Inf. herbae Hyperici 10,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. T-rae Hyperici 15,0
DS. Для смазывания десен

Rp. Inf. flores Chamomillae 20,0: 200,0
DS. Внутрь по 1 столовой ложке на прием 2 раза в день (настой цветов ромашки)

Rp. Baccae Pruni padii 100,0
DS. 1 столовую ложку заварить одним стаканом кипящей воды, кипятить 20 минут, процедить. Принимать по полстакана 2—3 раза в день (плоды черемухи применяются наравне с ягодами черники)

Средства, раздражающие кожу и слизистые оболочки и оказывающие противовоспалительное действие

Rp. Ol. Terebinthinae
Chloroformii āā 15,0
Methylii salicylici 10,0
M. f. linim.
DS. Втирать в область суставов (при артритах)

Rp. Ol. Cinae (Darminoli)
Ol. Hyoscyami
Chloroformii āā 15,0
M. f. linim.
DS. Для втирания в кожу

Rp. Ol. Menthae piperitae 3,0
Spiritus vini ad 20,0
MDS. По 20 капель на стакан воды (для полоскания рта)

Rp. Inf. fol. Menthae piperitae 5,0—200,0
DS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Rp. T-rae Menthae piperitae 15,0
DS. По 15 капель на прием

Rp. Mentholi 0,1
Ol. Vaselini 10,0
MDS. Капли для носа

Rp. Aq. Menthae
Glycerini
Spiritus vini āā 30,0
MDS. По 1 чайной ложке на полстакана воды комнатной температуры. Полоскать горло 3 раза в день (при хроническом фарингите)

Rp. Mentholi 2,0
Spiritus vini 90° 50,0
MDS. Ментоловый спирт

Rp. Mentholi 2,0
Ol. Helianthi 20,0
MDS. Ментоловое масло

Rp. Mentholi 0,15
Acidi borici
Zinci oxydat āā 0,75
M. f. ung.
DS. Мазь для носа

Rp. Inf. fol. Eucalypti 10,0 : 200,0
DS. Для полоскания

Rp. Ol. Eucalypti 10,0
Mentholi 1,0
MDS. Для ингаляций

Горечи

Rp. T-rae amarae 20,0
DS. По 15 капель 3 раза в день за 15—30 минут до еды

Rp. T-rae amarae
T-rae Rhei āā 15,0
MDS. По 20—30 капель 3 раза в день перед едой

Rp. T-rae Gentianae 15,0
DS. По 20—30 капель за 15—30 минут до еды

Rp. T-rae Absinthii
DS. По 15—20 капель 3 раза в день за полчаса до еды

Rp. Herbae Absinthii 25,0
DS. 1 чайную ложку нарезанной травы полыни заваривают, как чай, в 2 стаканах кипящей воды, настаивают, пьют по 1 столовой ложке перед едой 2—3 раза в день

Применяют также «Чай аппетитный», содержащий травы полыни 8 частей, травы тысячелистника 2 частн. Одну чайную ложку заваривают, как чай, в 2 стаканах кипятка.

Принимают по одной столовой ложке 2—3 раза в день перед едой.

Рвотные средства

Rp. Sol. Apomorphini hydrochlorici 1% 5,0
Sterilisetur!
D. in vitro nigro
S. По 0,5 мл под кожу (взрослому)

Rp. Sol. Cupri sulfurici 1% 50,0
DS. По 1 столовой ложке каждые 5—10 минут до наступления рвоты

Отхаркивающие средства

Rp. Liq. Ammonii anisati 15,0
DS. По 5—10 капель 2—3 раза в день

Rp. Liq. Ammonii anisati 5,0
Sir. Althaeae 30,0
Aq. destill. ad 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae 0,5: 180,0
Liq. Ammonii anisati 6,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Inf. rad. Althaeae 6,0:180,0
Sir. Liquiritiae ad 200,0
MDS. Через 2 часа по 1 столовой ложке (взрослому)

Rp. Decocti rad. Althaeae 5,0:100,0
Sir. Althaeae 20,0
Liq. Ammonii anisati 2,0
MDS. По 1 десертной ложке через 3 часа (детям 5—8 лет)

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae 0,5:180,0
Ammonii chlorati 4,0
Codeini phosphorici 0,12
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae 0,4:180,0
Liq. ammonii anisati 2,0
Sir. Althaeae 15,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae 0,1:100,0
Natrii benzoici
Natrii bicarbonici
Liq. Ammonii anisati āā 1,0
Sir. simplicis 20,0
MDS. По 1 чайной ложке 3—5 раз в день (ребенку 1 года)

Rp. Apomorphini hydrochlorici
Dionini āā 0,03
Acidi hydrochlorici diluti 0,5
Aq. destill. 180,0
MDS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день (как отхаркивающее и успокаивающее кашель)

Rp. Inf. herbae Thermopsidis 0,6:180,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Inf. rad. Ipecacuanhae 0,1 : 100,0
Natrii bicarbonici
Liq. Ammonii anisati āā 1,5
MDS. По 1 чайной ложке 4 раза в день ребенку 2 лет

Rp. Inf. herbae Thermopsidis 1,0—200,0
Liq. Ammonii anisati
Natrii bicarbonici āā 4,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Extr. herbae Thermopsidis 0,05
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Decocti rad. Senegae 5,0:180,0
Sir. Althaeae ad 200,0
MDS. По 1 столовой ложке через каждые 3 часа

Rp. Inf. rad. Senegae 6,0:200,0
Liq. Ammonii anisati
Natrii bicarbonici āā 4,0
MDS. По 1 столовой ложке через 3—4 часа

Rp. Decocti rad. Senegae 3,0:180,0
Natrii benzoici
Liq. Ammonii anisati āā 1,0
Sir. Liquiritiae 20,0
MDS. По 1 десертной ложке 4—5 раз в день (детям 5—8 лет)

Rp. Natrii benzoici 0,6
Liq. Ammonii anisati 2,0
Sir. Althaeae 25,0
Aq. destill. ad 60,0
MDS. По 1 чайной ложке через 2—3 часа (ребенку 2 лет)

Rp. Guajacoli carbonici 0,3
D. t. d. N. 12 in capsulis amylaceis
S. По 1 капсуле 3 раза в день

Rp. Guajacoli carbonici 0,3
Natrii bicarbonici 0,2
Codeini phosphorici 0,01
M. f. pulv. D. t. d. N. 12 in capsulis amylaceis
S. По 1 капсуле 2—3 раза в день

Rp. Inf. rad. Althaeae 6,0 : 180,0
Ammonii chlorati 3,0
Sir. Liquiritiae ad 200,0
MDS. Через 3 часа по 1 столовой ложке

Rp. Decocti rad. Polygalae (Senegae sibiricae) 20,0—200,0
Natrii bicarbonici 4,0
Liq. Ammonii anisati 2,0
Sir. simpl. 20,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Terpini hydrati 0,25
Codeini phosphorici 0,015
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Codeini 0,01
Terpini hydrati
Natrii bicarbonici āā 0,3
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Таблетки такого состава выпускаются в готовом виде под названием кодтерпин (Codterpinum)

Rp. Inf. rad. Senegae 6,0 : 180,0
Natrii benzoici 4,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Ammonii chlorati 0,5 (4,0)
Sir. Liquiritiae 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 чайной ложке (детям 3—4 лет) или 1 десертной ложке (детям 6—12 лет) 4—5 раз в день

Rp. T-rae Opii benzoicae
Extr. pectoralis āā 15,0
Codeini phosphorici 0,3
MDS. По 20—30 капель 3 раза в день

Rp. Decocti rad. Polemonii coerulei 6,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—5 раз в день через 2 часа после еды (отвар синюхи лазурной)

Rp. Inf. herbae Serpylli 15,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день

Rp. Pertussini 100,0
DS. По ½—1 десертной (столовой) ложке 3 раза в день

Пертуссин. Состав: экстракт чабреца (Extr. Serpylli fluidi) и экстракт тмина по 12 частей, калий бромистый — 1 часть, сироп сахарный — 82 части, спирт этиловый — 5 частей. Применяется как отхаркивающее, взрослым по 1 столовой ложке, детям по 1 чайной или десертной ложке 3 раза в день.

Rp. Inf. herbae Ledi palustris 10,0:150,0
Sir. Althaeae 25,0
MDS. Через 2 часа по 1 столовой ложке (настой травы багульника)

Rp. Folii Farfarae 50,0
DS. 1 столовую ложку облить одним стаканом кипящей воды, настоять 10 минут, остудить, процедить, пить по 1 столовой ложке 3—4 раза в день (листья мать-и-мачехи)

Слабительные средства

Rp. Pulv. rad. Rhei 0,5
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2 раза в день (при хронических запорах)

Rp. Pulv. rad. Rhei
Magnesiae ustae āā 0,3
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Inf. foliorum Sennae 10,0:150,0
Sir. Rhei 30,0
MDS. По 1 столовой ложке утром и на ночь

Rp. Pulv. Liquiritiae compositi 50,0
DS. По 1 чайной ложке 2 раза в день

Rp. Extr. Aloes 1,5 (3,0)
Extr. Rhei 3,0
Extr. Belladonnae 0,45
Mas. pilul. q. s. ut. f. pil. N. 30
DS. По 1 пилюле утром и вечером

Rp. Extr. Rhei
Extr. Aloes āā 3,0
Extr. et pulv. Liquiritiae q. s.
ut. f. pil. N. 30
DS. По 1—2 пилюли вечером

Rp. Sir. Rhei 30,0
DS. По 1 чайной ложке 2 раза в день (ребенку 8 лет)

Rp. Extr. Frangulae spissi 0,2
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1—2 таблетки на ночь

Rp. Decocti corticis Frangulae 20,0: 200,0
Natrii sulfurici 20,0
MDS. По 1 столовой ложке утром и вечером

Rp. Decocti corticis Frangulae 20,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке утром и вечером

Rp. Extr. Frangulae fluidi 50,0
DS. По 20—40 капель утром и вечером

Rp. Extr. Frangulae spissi 4,0
Pulv. rad. Rhei 3,0
Extr. Belladonnae 0,1
Massae pilularum q. s. ut. f. pil. N. 30
DS. По 1—2 пилюли на ночь

Rp. Decocti fructus Rhamni catharticae 20,0:200,0
Sir. Rhei 20,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Inf. Sennae compositi 30,0
DS. На один прием (взрослому)

Rp. Magnesii sulfurici 15,0 (30,0)
DS. На 1 прием растворить в стакане теплой воды

Rp. Natrii sulfurici 15,0 (30,0)
DS. На 1 прием; растворить в 1 стакане теплой воды

Rp. Salis Carolini factitii 30,0
DS. По 1—2 чайной ложки на 1 стакан теплой воды (принимать утром натощак)

Rp. Ol. Ricini 25,0
DS. На один прием

Rp. Ol. Ricini 1,5
D. t. d. N. 10 in capsulis gelatinosis
S. Принять в течение получаса (имеются готовые капсулы)

Rp. Purgeni 0,1
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Isaphenini 0,01
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Calomelanos 0,2
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 4
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Sulfuris depurati
Magnesiae ustae
Pulv. Rhei āā 5,0
M. f. pulv.
DS. По ½—1 чайной ложке на прием 1—2 раза в день

Желчегонные средства

Rp. Chologoni 0,25
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Хологон (дегидрохолевая кислота). Белый порошок горького вкуса; нерастворим в воде. Усиливает образование желчи печенью.

Применяется как желчегонное средство при холангитах и хронических холециститах. Назначают внутрь: взрослым на прием по 0,25—0,5 г; детям до 1 года — по 0,01—0,02 г, от 2 до 5 лет — по 0,03—0,1 г, от 6 до 12 лет — по 0,2—0,25 г 3 раза в день.

Rp. Decholini 5% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл в вену 1 раз в день (вводить медленно!)

Дехолин. Раствор натриевой соли дегидрохолевой кислоты. Применяется при тех же показаниях, что хологон. Вводят в вену (медленно) по одному разу в день, начиная с 5—10 мл 5% раствора, и постепенно увеличивают дозу до 5—10 мл 20% раствора. Вводят в течение 2—3 суток, затем делают 2—3-дневный перерыв.

Rp. Tabul. Allocholi N. 50
S. По 2 таблетки 3 раза в день после еды

Аллохол. Таблетки, содержащие сухую желчь животных (0,08 г), сухой экстракт чеснока (0,05 г), сухой экстракт крапивы (0,005 г) и активированный уголь (0,025 г).

Применяется при хронических гепатитах, холангитах, холециститах и привычных запорах по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

Выпускается в таблетках во флаконах по 50 шт.

Rp. Tabul. Cholenzymi N. 50
S. По 1 таблетке 1—3 раза в день

Холензим. Препарат из желчи и ферментов поджелудочной железы и кишечника убойного скота.

Применяется как желчегонное средство при гепатитах, холециститах и при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (гастритах, ахилии и др.).

Назначают внутрь по 1 драже 1—3 раза в день.

Rp. Cholosasi 250,0
DS. По ½—1 чайной ложке
2—3 раза в день

Холосас. Экстракт из плодов шиповника. Густая жидкость темно-бурого цвета, имеющая своеобразный запах, сладкий вкус.

Применяется при холециститах, гепатитах. Принимают внутрь: дети — по $^1/_4$—$^1/_2$ чайной ложки, взрослые — по 1 чайной ложке 2—3 раза в день.

Rp. Dec. flores Helichrysi arenarii fluidi 50,0
DS. По полстакана 3 раза в день

Rp. Extr. Helichrysi arenarii fluidi 50,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Rp. Extr. Helichrysi arenarii sicci 1,0
D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Flamini 0,05
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день за 30 минут до еды

Фламин. Сухой концентрат из цветов бессмертника (Flos Helichrysi arenarii). Применяется при хронических холециститах и гепатохолециститах по одной таблетке 3 раза в день за полчаса до еды (с небольшим количеством теплой воды). Курс лечения от 10 до 40 дней в зависимости от течения заболевания.

Применяют также «чай желчегонный», содержащий: цветы бессмертника — 4 части, листья трилистника — 3 части, листья мяты — 2 части, плоды кориандра — 2 части. Одну столовую ложку заварить 2 стаканами кипятка, настоять 20 минут, процедить. Принимать по полстакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Rp. Stigmatis Maydis 10,0
DS. Настоять в стакане горячей воды; пить столовыми ложками через каждые 3 часа (рыльца кукурузы)

Rp. Extr. fluidi Stigmatis Maydis 20,0
DS. По 30—40 капель 2—3 раза в день (применяют как желчегонное и как кровоостанавливающее средство)

Rp. Calomelanos 0,05
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

IX

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ПРОЦЕССЫ ТКАНЕВОГО ОБМЕНА

Витамины

Rp. Ol. jecoris Aselli 200,0
DS. По 1 десертной ложке 3 раза в день перед едой ребенку 5 лет

Rp. Ol. jecoris Aselli vitaminisati 100,0
DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день перед едой ребенку 5 лет

Примечание. При назначении рыбьего жира следует учитывать различное содержание витаминов A и D в натуральном и витаминизированном рыбьем жире. Натуральный рыбий жир содержит в 1 г 350 МЕ (международных единиц) витамина A и 30 МЕ витамина D_2; витаминизированный — 400—500 МЕ витамина A и 150—200 МЕ витамина D_2.

Минимальная суточная потребность («гигиеническая доза») витамина A составляет для детей и взрослых 3300 МЕ. Лечебные суточные дозы составляют для взрослых от 10 000 до 100 000 МЕ, для детей — до 20 000 МЕ.

Rp. Vitamini A (dragée á 3300 ME)
D. t. d. N. 24
S. По 1 драже 1 раз в день

Rp. Thiamini bromati 0,002 (0,01)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Thiamini bromati (Vitamini B_1) 0,6% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно или под кожу

Rp. Sol. Citrali 0,01% 10,0
DS. По 1—2 капли в глаз (при кератите, конъюнктивите)

Тиамин бромид или тиамин хлорид (витамин B_1). Белый кристаллический порошок с запахом дрожжей, растворим в воде.

Минимальная суточная потребность в витамине B_1: у детей до 7 лет — 1 мг, 7—14 лет — 1,5 мг, у взрослых при средней затрате труда — 2 мг, при тяжелом физическом труде — 2,5 мг, при очень тяжелом физическом труде — 3 мг.

Применяется для лечения авитаминоза B_1 (болезни бери-бери), гиповитаминозов, невритов, невралгии, заболеваний печени, зуда и других заболеваний.

Лечебные дозы для взрослых при начальных проявлениях гиповитаминоза B_1 составляют 0,005—0,01 г (5—10 мг) в день (в течение 30 дней); при изменениях со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта и других систем организма вводят внутрь по 0,01 г 1—5 раз в день; парентерально (в вену, в мышцы или под кожу) 0,01—0,03 г в день (на курс 10—20 инъекций). Детям назначают внутрь по 0,005 г (5 мг) 1—5 раз в день; парентерально по 0,01 г 1 раз в день. Подкожные инъекции в связи с низким pH раствора болезненны.

Тиамин хлорид (в соответствии с молекулярным весом) применяют в несколько меньших дозах, чем тиамин бромид.

Rp. Riboflavini 0,005
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 4 раза в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Thiamini bromati
Riboflavini āā 0,01
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Riboflavini 0,001
Aq. destill. 10,0
MDS. По 1—2 капли в конъюнктивальный мешок глаза 2 раза в день (при катаракте)

Рибофлавин (витамин B_2). Представляет собой желто-оранжевое кристаллическое вещество, слабо растворимое в воде. Водные растворы имеют желтый цвет.

Применяется с лечебной целью при арибофлавинозе, гемералопии, конъюнктивитах, иритах, кератитах, язвах роговицы, катаракте, трофических язвах и других заболеваниях.

Суточная потребность в витамине B_2 составляет для взрослых и детей 2 мг. Лечебные дозы составляют при подостром арибофлавинозе 0,005—0,01 г (5—10 мг) в день (10—15 дней), при более тяжелых случаях по 0,01 г 3—5 раз в день (в течение 1—1½ месяцев). Назначают per os, иногда местно — в виде глазных капель.

Rp. Acidi nicotinici 0,02 (0,05)
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. acidi nicotinici 1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Для внутривенных вливаний

Никотиновая кислота (Б). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Применяется при пеллагре, заболеваниях печени (острых и хронических гепатитах, циррозах), сосудистых спазмах (спазмах сосудов конечностей, почек, головного мозга), длительно не заживающих ранах и язвах и других заболеваниях. Минимальная суточная потребность в никотиновой кислоте составляет для детей и взрослых 15 мг. В лечебных целях никотиновую кислоту назначают внутрь или парентерально. При пеллагре дают взрослым внутрь по 0,1 г 2—3 раза в день, внутримышечно по 0,1 г или внутривенно по 0,05 г 1—2 раза в день. Детям назначают внутрь по 0,01—0,02 г.

При других заболеваниях никотиновую кислоту назначают взрослым внутрь по 0,02—0,05 г и до 0,1 г, детям по 0,005—0,01 г 2—4 раза в день. В вену и в мышцы вводят по 1—5 мл 1% раствора 1—2 раза в сутки.

Rp. Pyridoxini 0,025
Sacchari 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Pyridoxini 0,025
Riboflavini 0,01
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Sol. Pyridoxini 2,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл 2 раза в день в мышцы

Пиридоксин (витамин B_6). Белое кристаллическое вещество, растворимое в воде. С лечебной целью витамин B_6 используется при токсикозах (рвоте) беременных, паркинсонизме, хорее, пеллагре (вместе с никотиновой кислотой) и других заболеваниях.

Суточная потребность в витамине B_6 для взрослых составляет 2 мг. Для лечения назначают per os или внутримышечно по 0,025—0,05—0,1 г в день (при необходимости в течение 1—2—3 месяцев). При токсикозах беременных целесообразно одновременно назначать рибофлавин по 0,01—0,015 г внутрь 2—3 раза в день.

Rp. Acidi folici 0,02
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 3 раза в день

Фолиевая кислота. Относится к витаминам комплекса В. Желтый, кристаллический порошок, плохо растворимый в воде.

Применяют фолиевую кислоту для усиления кровотворной функции костного мозга (эритропоэза), при макроцитарных анемиях и спру. При злокачественной анемии применяется совместно с витамином B_{12} или препаратами печени.

Суточная потребность в фолиевой кислоте равна 0,2—0,5—1 мг. С лечебной целью назначают внутрь или внутримышечно по 0,01—0,02—0,03 г (10—20—30 мг) 1—3 раза в день ежедневно в течение 20—30 дней.

Rp. Sol. Vitamini B_{12} 0,002% (0,003%) 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл в мышцы один раз в 2—3 дня

Витамин B_{12}. Витамин, стимулирующий образование эритроцитов. Кристаллическое вещество темно-красного цвета, растворы имеют розовую окраску.

Витамин B_{12} является наиболее активным из современных противоанемических препаратов, оказывает выраженный лечебный эффект при злокачественной (пернициозной) анемии (болезни Аддисон-Бирмера), при анемиях после резекции желудка, энтероколитах.

Вводят витамин B_{12} в мышцы или под кожу по 0,00005—0,0001 г (50—100 микрограммов); первые 2 инъекции производят через день, затем одну инъекцию в 3 дня до наступления лечебного эффекта. В последующем по одной инъекции 1—2 раза в месяц.

Витамин B_{12} назначают также при мегалобластической анемии у детей, при анемиях в результате интоксикации свинцом, бензолом, лекарственными препаратами, при лучевой болезни, при анемиях у недоношенных и новорожденных детей, после перенесенных инфекций, при спру (вместе с фолиевой кислотой), при заболеваниях печени (болезнь Боткина, гепатит, циррозы), при полиневритах, невралгии тройничного нерва, диабетических невритах и каузальгиях, мигрени, алкогольном делириуме, при некоторых кожных заболеваниях (псориаз, фотодерматозы, герпетиформный дерматит и др.).

При невритах, невралгиях, фантомных болях, остеопорозе, остеоартрите, псориазе целесообразно назначать витамин B_{12} в больших дозах [до 1000 γ (1 мг)] 2 раза в неделю; всего 5 инъекций. В тяжелых случаях ежедневно назначают в той же дозе в течение 10 дней, затем 2 раза в неделю в течение 2—3 недель.

Rp. Campoloni 2,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл в мышцы 1 раз в день

Камполон. Водный экстракт из печени крупного рогатого скота или морских животных (китов, дельфинов). Прозрачная темно-желтого цвета жидкость с запахом фенола (консерванта).

Основным действующим веществом камполона является витамин B_{12}, содержание которого в препарате составляет до 1,3 γ в 1 мл. Кроме того, в камполоне содержатся другие вещества печеночной ткани.

Применяется при злокачественном малокровии и других формах анемии, а также при гепатитах, циррозах печени, атрофических гастритах и некоторых формах вторичного малокровия.

Вводится внутримышечно взрослым по 2—4 мл ежедневно или через день (детям до 1 года по 0,5 мл, 2—5 лет — до 1 мл, 6—12 лет — до 2 мл). Курс лечения до получения стойкой ремиссии продолжается обычно 25—40 дней.

Для профилактики рецидивов камполон вводят по 2—4 мл 2 раза в месяц. Для уменьшения болезненности одновременно с камполоном набирают в шприц 1 мл 1% раствора новокаина.

Rp. Antianaemini 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 2 мл в мышцы

Антианемин. Водный экстракт из печени крупного рогатого скота, содержит 1,67 мг% сернокислого кобальта. Содержание витамина B_{12} в 1 мл составляет до 0,6 γ в 1 мл.

Применяется при тех же показаниях, что камполон. Вводят в мышцы по 2—4 мл взрослым (детям по 0,5—1—2 мл) ежедневно. При более тяжелых случаях дозу увеличивают до 6—8 мл в день.

Rp. Cholini chlorati 20% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для капельных внутривенных вливаний (развести в изотоническом растворе хлористого натрия до 1%)

Холин-хлорид. Относится к витаминам комплекса В. Белое кристаллическое вещество, легко растворимое в воде.

Холин-хлорид является липотропным веществом, предупреждает или уменьшает жировую инфильтрацию печени. Применяется при болезни Боткина, гепатитах, циррозе печени.

Внутрь принимают в виде 20% раствора по 1 чайной ложке (5 мл) 3—5 раз в день (3—5 г холин-хлорида).

В вену вводят капельным методом в виде 1% раствора на изотоническом растворе хлористого натрия или 5% растворе глюкозы со скоростью не более 30 капель в минуту. В один прием вводят до 200—300 мл раствора. Продолжительность курса лечения от 7—10 дней до 3—4 недель и более.

Применение препарата должно производиться в условиях стационара.

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 2 таблетки 3 раза в день (после еды)

Rp. Acidi ascorbinici 0,1
Acidi nicotinici 0,025
Thiamini bromati 0,01
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 10% 2,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл в мышцы 2 раза в день

Rp. Vitamini P
Ac. ascorbinici āā 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20 in charta cerata
S. По 1 порошку 4 раза в день (взрослому)

Rp. Vitamini P 0,075
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 5 раз в день

Витамин Р. Порошок желто-зеленого цвета, имеющий горьковато-вяжущий вкус, растворим в воде. Обладает способностью уменьшать проницаемость и ломкость капилляров.

Применяется при заболеваниях, сопровождающихся повышенной проницаемостью капилляров и кровоточивостью: при геморрагических диатезах, кровоизлияниях в сетчатку глаза, септическом эндокардите, ревматизме, гломерулонефрите и других заболеваниях.

Назначается внутрь. Доза для взрослых 0,05—0,1 г 3—5 раз в сутки; для детей — 0,05 г. 2—3 раза в сутки. Одновременно с витамином Р назначают витамин С (по 0,2—0,5 г в сутки). Курс лечения продолжается в среднем 2—3 недели. При необходимости курс лечения повторяют после 5-дневного перерыва.

Противопоказан при повышенной свертываемости крови.

Rp. Rutini 0,02
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 2—3 раза в день

Рутин. Желтый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде.

Обладает свойствами витамина Р, т. е. уменьшает проницаемость и ломкость капилляров. Применяется при тех же показаниях, что витамин Р из листьев чая.

Назначается внутрь в таблетках по 0,02 г. Суточная доза 0,06—0,15 г. В среднем курс лечения продолжается 5—6 недель. Одновременно с рутином рекомендуется назначать аскорбиновую кислоту. Противопоказан при повышенной свертываемости крови.

Rp. Vitamini D (dragée á 500 ME)
D. t. d. N. 50
S. По 1 драже 1 раз в день

Rp. Vitamini D 10,0
DS. По капле 2 раза в день (ребенку 5 месяцев) (Спиртовой раствор витамина D содержит в 1 мл 200 000 ME)

Rp. Vikasoli 0,01
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Sol. Vikasoli 0,3% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл в мышцы

Викасол. Растворимый в воде препарат витамина К; бесцветный кристаллический порошок. Является специфическим лечебным средством при кровоточивости, связанной с понижением содержанием в крови протромбина. Применяется при желтухах, острых гепатитах, паренхиматозных кровотечениях, кровоточивости у недоношенных детей и разных заболеваниях, сопровождающихся геморрагическими явлениями.

Применяется также как специфический антагонист при чрезмерной гипопротромбинемии и кровотечениях, которые могут наблюдаться при применении дикумарина и других антикоагулянтов (антагонистов витамина К).

При гемофилии и болезни Верльгофа положительного действия не оказывает.

Внутрь назначают в порошке, в таблетках или в водном растворе. Для внутримышечных инъекций применяют 0,3% раствор, приготовленный на стерильном изотоническом растворе хлористого натрия. Дневная доза викасола для взрослых при приеме внутрь составляет 0,015—0,03 г, для внутримышечного введения — 0,01—0,015 г. Доза для детей — 0,002—0,015 г соответственно возрасту. Препарат назначают в течение 3—4 дней подряд, после чего делают перерыв на 4 дня. После перерыва прием викасола повторяют в течение 3—4 дней подряд. Дневную дозу можно разбить на 2—3 приема.

В акушерской практике викасол дают роженицам тотчас по прибытии их в родильный дом (после осмотра врачом) в количестве одной дневной дозы. Если роды через 12 часов не наступили, дозу повторяют; то же делают по истечении 24 часов. Для новорожденных доза викасола не должна превышать 0,004 г (при введении внутрь).

Противопоказан при повышенной свертываемости крови.

Средства, стимулирующие образование лейкоцитов

Rp. Natrii nucleinici 0,1
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Sol. Natrii nucleinici 5% 20,0
Sterilisetur!
S. По 5 мл 1—2 раза в день в мышцы (взрослым)

Rp. Sol. Natrii nucleinici 1% 5,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1—2 мл в мышцы 1 раз в день (ребенку 5—8 лет)

Натрий нуклеиновокислый. Белый порошок, растворимый в воде, получается гидролизом дрожжей и специальной очисткой.

Обладает способностью стимулировать деятельность костного мозга и усиливать образование лейкоцитов.

Применяется при заболеваниях, отравлениях и других патологических процессах, сопровождающихся лейкопенией, в том числе при агранулоцитарной ангине, алиментарно-токсической алейкии, хронических отравлениях бензолом, уменьшении количества лейкоцитов в процессе лечения злокачественных новообразований рентгеновыми лучами и радием и т. п.

Назначается внутрь и внутримышечно. Внутрь дают взрослым по 0,1 г, детям до 1 года — по 0,005—0,01 г, от 2 до 5 лет — по 0,015—0,05 г, от 6 до 12 лет — по 0,05—0,1 г 3—4 раза в день.

В мышцы вводят взрослым по 5—10 мл 2% или 5% раствора, а детям по 0,5—5 мл 1% раствора 1—2 раза в день. Для уменьшения болезненности можно предварительно ввести в мышцы 2—3 мл 0,5% раствора новокаина.

Курс лечения 10 дней и дольше в зависимости от течения заболевания.

Rp. Pentoxyli 0,05 (0,1—0,2)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день во время еды

Пентоксил. Белый кристаллический порошок, малорастворимый в воде.

Применяется в качестве стимулятора образования лейкоцитов при тех же показаниях, что нуклеиновокислый натрий.

Доза для взрослого — 0,2—0,3 г на прием (до 0,4 г на прием); для детей до 1 года — 0,015 г, от 1 года до 3 лет — 0,025 г, 3—8 лет — 0,05 г, 8—12 лет — 0,075 г, старше 12 лет — 0,1—0,15 г. Принимают 3—4 раза в день во время еды.

Rp. Thesani 0,01
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Sol. Thesani 0,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1—2 мл 3—4 раза в сутки (в мышцы)

Тезан (Б). Белый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде; по характеру действия близок к пентоксилу.

Назначают внутрь или в мышцы 3—4 раза в сутки. Внутрь дают по 0,01—0,02 г на прием. Для приема внутрь можно назначать также препарат в виде раствора в 20% спирте из расчета 0,5 г порошка на 100 мл; принимают по 10—12 капель на прием. В мышцы вводят 0,1—0,5% раствор по 1—2 мл.

Курс лечения 10 дней и более до восстановления нормального количества лейкоцитов.

Rp. Leucogeni 0,02
Sacchari 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Лейкоген (Б). Белый кристаллический порошок, трудно растворимый в воде. Показания к применению те же, что и к применению нуклеиновокислого натрия и пентоксила.

Назначают внутрь по 0,02 г 3—4 раза в сутки до восстановления количества лейкоцитов.

Средства, влияющие на свертывание крови

а) Средства, замедляющие свертывание крови

Rp. Dicumarini 0,05 (0,1)
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Дикумарин (А). Белый кристаллический порошок, нерастворимый в воде. Обладает способностью задерживать свертывание крови, что связано с угнетением образования протромбина и других факторов, участвующих в процессе свертывания. Действие препарата развивается медленно, изменение свертывания наступает через 12—72 часа после первого приема. Дикумарин медленно выделяется из организма, обладает кумулятивным эффектом.

Применяется для предупреждения и лечения тромбозов, тромбофлебитов, эмболий, инфаркта миокарда.

Лечение препаратом должно производиться с осторожностью, в условиях стационара. В процессе лечения необходимо обязательно систематически каждые 2—3 дня исследовать содержание в крови протромбина и производить анализы мочи; при передозировке может появиться гематурия.

Препарат назначают внутрь. Дозы подбирают индивидуально в зависимости от чувствительности больного к препарату и эффективности лечения. Обычно дают в первые дни по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день, в следующие дни — по 0,05 г 2—3 раза в день и затем дозу снижают до 0,1—0,05 г в день. Иногда лечение производят циклами по 3—4 дня с перерывами между ними в 2—3 дня. В процессе лечения следят за тем, чтобы содержание протромбина в крови уменьшилось, но не ниже чем до 50—40%. Лечение дикумарином должно производиться под тщательным наблюдением врача.

Дикумарин противопоказан при геморрагических диатезах и других заболеваниях, сопровождающихся замедлением свертывания крови, при повышенной проницаемости сосудов, нарушении функции печени и почек, злокачественных новообразованиях, язвенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Не следует назначать дикумарин во время менструации и в первые дни после родов. Осторожность требуется у пожилых лиц.

При кровотечениях следует прекратить дачу препарата, немедленно вводить витамин K (викасол в мышцы по 5 мл 0,3% раствора 3 раза в день), витамин P или рутин, аскорбиновую кислоту, хлористый кальций; производят переливание гемостатических доз (75—150 мл) свежей одногруппной крови.

Rp. Neodicumarini 0,2
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Неодикумарин (А). Белый кристаллический порошок, нерастворимый в воде. По действию близок к дикумарину; действует несколько быстрее, обладает меньшим кумулятивным эффектом, менее токсичен, но действует в бо́льших дозах.

Показания для применения, противопоказания и меры предосторожности такие же, как при применении дикумарина.

В первые дни лечения обычно назначают по 0,3 г 2 раза в день или по 0,2 г 3 раза в день (до 0,6 г в сутки), в последующие дни по 0,15 г 3 раза в день, затем по 0,2—0,1 г в день. Неодикумарин можно назначать в сочетании с дикумарином, учитывая, что первый оказывает более быстрый, а второй — более продолжительный эффект.

Фенилин — новый синтетический антикоагулянт; подобно дикумарину и неодикумарину, задерживает свертывание крови, нарушая процесс образования протромбина в печени. Применяют для предупреждения и лечения тромбозов и эмболий. Назначают внутрь по 0,03—0,04 г 2—3—4 раза в день. Во время лечения необходимо систематически исследовать содержание в крови протромбина. Возможные осложнения и противопоказания такие же, как при применении дикумарина и неодикумарина.

б) Средства, ускоряющие свертывание крови[1]

Rp. Sol. Calcii chlorati 5% 200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день (с молоком)

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл в вену

Rp. Calcii gluconici 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Rp. Sol. Calcii gluconici 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл в мышцы или в вену

Rp. Sol. Gelatinae albae 10% 100,0
DS. По 1 столовой ложке через 1—2 часа (при желудочных кровотечениях)

Rp. Sol. Gelatinae albae 10% 100,0
DS. На 2 клизмы

Rp. Inf. herbae Lagochylus inebrians 5,0:100,0
DS. По 1 чайной ложке 3—5 раз в день

Rp. Inf. fol. Urticae 15,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Extr. Urticae fluidi
Extr. Millefolii āā 25,0
MDS. По 25—30 капель 3—4 раза в день за полчаса до еды

Rp. Inf. herbae Millefolii 15,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp. Extr. herbae Millefolii fluidi
Extr. Urticae fluidi āā 20,0
MDS. По 25—30 капель 3—4 раза в день за полчаса до еды (при маточных кровотечениях на почве воспалительных процессов)

[1] См. также Викасол.

Rp. Gelatinae albae sterilisatae 10% 25,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 20—25 мл под кожу

Rp. Stypticini 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Rp. Stypticini 5% 5,0
Sterilisetur!
DS. По 1 мл под кожу

Rp. Extr. secalis Cornuti fluidi
Extr. Polygoni hydropiperis fluidi
Extr. Bursae pastoris fluidi āā 10,0
MDS. По 30 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Viburni opuli fluidi 20,0
DS. По 20—30 капель на прием 2—3 раза в день

Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fluidi 25,0
DS. По 30—40 капель 3—4 раза в день

Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fluidi
Extr. Viburni opuli fluidi āā 20,0
MDS. По 25—30 капель 2—3 раза в день

Rp. Decoct. corticis Viburni opuli 10,0:200,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день (при маточных кровотечениях)

Rp. T-rae Arnicae 10,0
DS. По 30—40 капель 2 раза в день до еды (при маточных кровотечениях)

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

а) Препараты гипофиза

Rp. Hormoni adrenocorticotropini 10 ED
D. t. d. N. 6
S. Растворить непосредственно перед употреблением в 1 мл свежеприготовленной стерильной дважды дистиллированной воды или в стерильном изотоническом растворе хлористого натрия. Вводить по 1 мл в мышцы 4 раза в сутки

Адренокортикотропный гормон гипофиза (АКТГ) — гормон, образующийся в передней доле гипофиза (придатка мозга). Выпускается в стеклянных, герметически закрытых флаконах в виде белого порошка, сплавленного в таблетки. Хорошо растворим в воде.

Оказывает стимулирующее влияние на кору надпочечников и способствует выделению ею специальных гормонов (так называемых кортикоидов, в том числе кортизона).

Применяется при лечении острого ревматизма, ревматоидных артритов, подагры, бронхиальной астмы, острой лимфатической и миелоидной лейкемии, инфекционного мононуклеоза, нейродермитов, различных аллергических и других заболеваний.

Вводится в мышцы. Дозы зависят от характера и тяжести заболевания. При остром ревматизме, ревматоидных и других артритах обычно вводят в мышцы по 10 ЕД 4 раза в день; к концу лечения дозу уменьшают до 30—20 ЕД в сутки. В более тяжелых случаях назначают в первые дни до 60 ЕД в сутки, затем дозу постепенно снижают до 40—30—20—10 ЕД в сутки. Курс лечения продолжается 3—4 недели и более. Обычно на курс применяют 800—1000—1200 ЕД.

При бронхиальной астме назначают по 5—10 ЕД 4 раза в день в течение 2—3 недель. Дозы для детей зависят от характера и тяжести заболевания и существенно не отличаются от доз для взрослых; обычно детям назначают по 15—20—40 ЕД в сутки.

Лечение должно проводиться под тщательным врачебным наблюдением.

При применении адренокортикотропного гормона гипофиза (особенно при длительном введении) возможны побочные явления: отеки, возбуждение, бессонница, аменорея и др.

Препарат противопоказан при гипертонической болезни, беременности, декомпенсации сердечной деятельности, остром эндокардите, психозах, нефрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, недавно перенесенных операциях, сифилисе, туберкулезе (при отсутствии специфического лечения), в старческом возрасте.

Rp. Prolactini 5,0
D. t. d. N. 2 in amp.
S. По 1 мл 2 раза в день в мышцы

Пролактин. Препарат передней доли гипофиза. Выпускается в виде водного раствора во флаконах или ампулах по 5 мл.

Способствует увеличению выделения молока молочными железами в послеродовом периоде. Вводится внутримышечно по 1 мл 2 раза в день в течение 5—6 дней.

Rp. Pituitrini 1,0
D. t. d. N. 6
S. По 1 мл 1 раз в день под кожу

Питуитрин (Б). Препарат задней доли гипофиза. Прозрачная бесцветная жидкость. Содержит 5 или 10 ЕД в 1 мл.

Применяется для усиления сокращения матки при родах, послеродовых кровотечениях, а также при несахарном диабете и ночном недержании мочи.

Вводят питуитрин под кожу и в мышцы взрослым по 1 мл (5 или 10 ЕД), детям назначают препарат, содержащий по 5 ЕД в 1 мл, в возрасте до 1 года — по 0,15—0,25 мл, 2—5 лет — по 0,3—0,5 мл, 6—12 лет — по 0,5—0,75 мл 1—2 раза в день.

В акушерской практике питуитрин вводят дробными дозами — по 0,25 мл каждые 15—30 минут до общей дозы 1 мл.

Противопоказан при выраженном артериосклерозе, миокардите, гипертонии и нефропатии у беременных.

Rp. Adiurecrini 0,05
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (втягивать в нос)

Адиурекрин (Б). Сухой питуитрин. Применяется при несахарном мочеизнурении и ночном недержании мочи. Вводится в нос путем легкого вдыхания.

Доза для взрослых 0,03—0,05 г 2—3 раза в день; для детей — 0,05—0,03 г.

Rp. Antiasthmocrini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл под кожу взрослому
По 0,3 мл под кожу ребенку 7 лет

Антиастмокрин. Смесь разных частей 0,1% раствора солянокислого адреналина и питуитрина. Прозрачная бесцветная или слегка желтоватая жидкость. Применяется при бронхиальной астме как средство, купирующее приступы.

Назначают под кожу в начале или во время приступа бронхиальной астмы, взрослым по 0,5—1 мл, детям до 1 года — по 0,15—0,2 мл, 2—5 лет — по 0,2—0,3 мл, 6—12 лет — по 0,3—0,75 мл.

Противопоказан при гипертонии, выраженном артериосклерозе, сахарном диабете, беременности.

Rp. Mammophysini 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 0,5—1 мл в мышцы

Смесь питуитрина и экстракта молочной железы коров.

Прозрачная жидкость светло-желтого цвета. Вызывает сокращения матки. Применяется при родовой слабости, кровотечениях после родов и в послеродовом периоде, а также при воспалительных заболеваниях матки.

При родах вводят (под кожу или в мышцы) по 0,3—0,4 мл каждые 30 минут (всего до 6 инъекций); в остальных случаях — по 1—1,5 мл.

б) Препараты щитовидной железы

Rp. Thyreoidini 0,1
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Thyreoidini 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 30
S. По 1 порошку 2 раза в день ребенку 10 лет (при микседеме)

Тиреоидин (Б). Препарат высушенной щитовидной железы; порошок буровато-желтого цвета. Применяется при лечении заболеваний, связанных с недостаточностью функции щитовидной железы: микседемы, гипотиреоза, кретинизма, зоба.

Взрослым назначают по 0,1—0,2 г на прием 2—3 раза в день, детям первых лет жизни — 0,05—0,1 г в день, подросткам школьного возраста 0,1—0,2 г в день.

Большие дозы тиреоидина могут вызвать явления тиреотоксикоза: учащение пульса, сердцебиение, потливость. В этих случаях следует уменьшить дозу или отменить препарат.

Противопоказан при гипертиреозе, диабете, общем истощении.

в) Препараты околощитовидных желез

Rp. Parathyreoidini 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 2 раза в день

Паратиреоидин (Б). Препарат, содержащий гормоны паращитовидной железы. Прозрачная жидкость коричневого цвета.

Применяется при тетании, спазмофилии, аллергических заболеваниях (бронхиальная астма, крапивница и др.).

Вводится под кожу или в мышцы.

Для устранения острого приступа тетании вводят взрослым по 2 мл (детям до 1 года — 0,25—0,5 мл; 2—5 лет — 0,5—1,5 мл; 6—12 лет — 1,5—2 мл) каждые 2—3 часа до полного прекращения судорог. Одновременно вводят внутривенно 5—10 мл 10% хлористого кальция или назначают внутрь по 1 столовой, 1 десертной ложке 5% раствор хлористого кальция 5—6 раз в день. В других случаях паратиреоидин назначают по 1—2 мл ежедневно или через день. Высшая разовая доза под кожу взрослым 5 мл.

г) Препараты поджелудочной железы

Rp. Insulini 5,0 á 40 ЕД
DS. По 0,5—1 мл 2 раза в день под кожу, за 30 минут до еды (при сахарном диабете)

Rp. Protamin-zinc-insulini 5,0 (á 40 ЕД)
DS. По 0,5—1 мл 1 раз в день под кожу

Rp. Lipocaini 0,1
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 2 раза в день

Липокаин. Препарат поджелудочной железы, не содержащий инсулина, желтоватый порошок, нерастворимый в воде. Тормозит развитие жировой инфильтрации и перерождения печени.

Применяется при гепатитах, болезни Боткина, жировой дистрофии и циррозе печени и при сахарном диабете со склонностью к кетозу. Назначают внутрь по 0,1—0,2 г (1—2 таблетки) 2—3 раза в день. Для максимального лечебного эффекта необходимо одновременно с липокаином назначать «липотропные» вещества — метионин, холин, творог (до 200 г в день) или овсяную кашу.

д) Препараты коры надпочечников

Rp. Cortisoni 0,025
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 2 раза в день

Кортизон. Гормон коры надпочечников. Получается в настоящее время синтетическим путем. Применяют при ревматизме, подагрических артритах, бронхиальной астме, красной волчанке, пузырчатке, нейродермитах, остром лейкозе и других заболеваниях. Назначают внутрь и в мышцы по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день; после наступления эффекта дозу снижают до 0,075—0,05 г в день. Большие дозы могут вызвать появление отеков, повышение содержания сахара в крови, возбуждение и другие осложнения. Противопоказания: гипертоническая болезнь, беременность, декомпенсация сердечной деятельности, язвенная болезнь желудка, старческий возраст.

Rp. Sol. Desoxycorticosteroni acetici oleosae 0,5% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. В мышцы по 1 мл через день

Дезоксикортикостерон ацетат (ДОКСА) (Б). Синтетический препарат, соответствующий гормону коры надпочечников.

Применяется при заболеваниях, сопровождающихся нарушением функции коры надпочечников (болезнь Аддисона, или «бронзовая» болезнь, более легкие формы заболевания — аддисонизм), а также при миастении, астении, адинамии, общей мышечной слабости и некоторых других заболеваниях.

Вводят внутримышечно в масляных растворах. Обычная доза 5 мг 3 раза в неделю в первые дни, затем — по 5 мг 1—2 раза в неделю.

Противопоказан при гипертонической болезни, сердечной недостаточности с отеками, артерио-кардиосклерозе, нефрите, нефросклерозе, циррозе печени.

Rp. Cortini 1,0
D. t. d. N. 12 in amp.
S. По 1 мл 2 раза в день под кожу

Кортин. Экстракт коры надпочечников; бесцветная прозрачная жидкость. Показания к применению те же, что и к применению дезоксикортикостеронацетата.

Вводят под кожу и в мышцы по 1—2 мл 1—2—3 раза в день.

е) Препараты половых гормонов и их синтетические аналоги

Rp. Sol. Folliculini oleosae 1,0
(á 5000 ЕД)
D. t. d. in amp. N. 10
S. По 1 мл в мышцы 1 раз в день

Rp. Sol. Oestradioli dipropionici oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 2 раза в неделю

Эстрадиол-дипропионат — препарат женского полового гормона. Кристаллическое вещество, растворимое в маслах, нерастворимое в воде.

Более активен, чем фолликулин, и действует более продолжительно.

Применяется, так же как фолликулин, при болезненных состояниях, связанных с недостаточной функцией яичников, при недоразвитии половых органов и молочных желез, при отсутствии или расстройстве менструаций, при климактерических расстройствах и др. Назначается внутримышечно по 1 мг 2—3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит от течения заболевания. При аменорее применяют в течение 15—20 дней с последующим введением прогестерона или прегнина.

Лечение эстрадиолом, так же как и фолликулином и другими эстрогенными препаратами (препаратами женских половых гормонов), должно производиться только по назначению врача.

Эстрадиол и все другие эстрогенные препараты противопоказаны при злокачественных и доброкачественных новообразованиях половых органов, молочных желез и других органов, эндометрите, склонности к маточным кровотечениям. Слишком длительное применение этих препаратов может привести к появлению маточных кровотечений.

Rp. Sol. Synoestroli oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы

Rp. Synoestroli 0,001
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 1 раз в день

Rp. Sol. Synoestroli 2% 1,0
D. t. d. N. 60
S. По 2 мл в мышцы ежедневно (при раке предстательной железы)

Синэстрол (Б). Синтетический препарат, близкий по лечебному действию к фолликулину и эстрадиолу. Белый кристаллический порошок, растворим в маслах, нерастворим в воде.

Показания к применению у женщин в основном такие же, что и к применению эстрадиола и фолликулина.

Употребляется также при гипертрофии и раке предстательной железы у мужчин.

Вводят внутримышечно, под кожу и внутрь; внутримышечно и под кожу — в масляных растворах, внутрь — в таблетках и спиртовых растворах.

При аменорее в связи с недоразвитием яичников и матки назначают по 1—2 мг внутримышечно или по 2 мг внутрь ежедневно в течение 2—3 недель, затем вводят прогестерон или прегнин; при бесплодии на почве недоразвития матки — по 1 мг внутримышечно или 1—2 мг внутрь в первые 7—8 дней после менструации; при климактерических расстрой-

ствах с сердечно-сосудистыми и нервными расстройствами — по 0,5 мг ежедневно в течение 10—12 дней.

При гипертрофии предстательной железы вводят ежедневно в мышцы по 2—3 мл 2% раствора. Введение производят в течение 2—3 месяцев, затем делают перерыв на 3—4 месяца. Лечение такими курсами повторяют (до 2—2½ лет), пока не уменьшатся дизурические явления и не уменьшатся размеры предстательной железы. При раке предстательной железы вводят ежедневно в мышцы по 2—3 мл 2% раствора в течение 2—3 месяцев, затем делают перерыв на 2 недели и инъекции повторяют в дозе 0,01—0,02 г (0,5—1 мл 2% раствора) в день в течение 5—6 месяцев. Лечение продолжают длительно (в течение ряда лет).

Для усиления эффекта, особенно при наличии метастазов, производят кастрацию.

Синэстрол применяется также при лечении рака молочной железы у женщин.

Rp. Diaethylstilboestroli 0,001
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 1 раз в день

Rp. Sol. Diaethylstilboestroli oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1 раз в день

Rp. Sol. Diaethylstilboestroli propionici oleosae 0,1% 1,0
D. t. d. N. 5 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1 раз в 2 дня

Rp. Sol. Diaethylstilboestroli 3% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл 2 раза в день (при раке предстательной железы)

Диэтилстильбэстрол и диэтилстильбэстрол-пропионат (Б). Синтетические препараты, близкие по действию к фолликулину и эстрадиолу. Кристаллические порошки белого цвета, растворимы в маслах, нерастворимы в воде.

Диэтилстильбэстрол вводят внутримышечно и per os. Растворы диэтилстильбэстрол-пропионата применяют только внутримышечно, они обладают более продолжительным действием и их можно вводить с большими промежутками, чем растворы диэтилстильбэстрола.

Показания к применению диэтилстильбэстрола и диэтилстильбэстрол-пропионата такие же, как и к применению фолликулина и синэстрола; в связи с большей активностью они могут применяться при более выраженных расстройствах.

Диэтилстильбэстрол применяют также при некоторых заболеваниях, непосредственно не связанных с изменениями эндокринной системы, например при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при облитерирующем эндартериите и др.

При вторичной аменорее диэтилстильбэстрол назначают по 1 мг в день в виде инъекций или таблеток, а диэтилстильбэстрол-пропионат — в виде инъекций по 1 мг через день. Лечение продолжают 2—3 недели, после чего назначают прогестерон (по 5 мг в день) или прегнин (по 30 мг в день) в течение 6—8 дней. При недоразвитии половых органов и первичной аменорее диэтилстильбэстрол назначают по 2 мг в день, а диэтилстильбэстрол-пропионат — по 1 мг ежедневно или по 5 мг через каждые 3—4 дня. Курс лечения также продолжается 2—3 недели, в дальнейшем назначают прогестерон или прегнин.

При климактерических расстройствах диэтилстильбэстрол назначают по 0,5 мг в день в мышцы 1 раз в 2—3 дня (курс лечения 8—12 инъекций) или по 1 мг в день в таблетках в течение 15—20 дней. Диэтилстильбэстрол-пропионат вводят в мышцы по 1 мг через 4—6 дней. Лечение продолжают 2—3 недели; при необходимости курс лечения повторяют после 3—4-недельного перерыва.

Общая доза диэтилстильбэстрола на курс лечения не должна превышать 25—30 мг при приеме внутрь, а обоих препаратов при внутримышечном введении — 15—20 мг.

Лечение больных раком предстательной железы проводят курсами. В течение первого курса больные получают по 40—60 мг диэтилстильбэстрола (2 мл 3% раствора в масле) внутримышечно ежедневно до появления болезненной припухлости молочных желез, но не менее 30 дней. По исчезновении болезненности и уменьшении припухлости молочных желез (явления эти возникают в результате первого курса инъекций) приступают к повторному курсу лечения. Второй курс лечения проводят в виде ежедневных инъекций по 30 мг диэтилстильбэстрола внутримышечно в течение 30—40 дней.

После второго курса лечения, в зависимости от состояния больного, лечение прекращают или назначают диэтилстильбэстрол внутрь в таблетках по 10 мг в день.

При лечении больных раком предстательной железы предварительно производят энуклеацию паренхимы яичек хирургическим путем.

Диэтилстильбэстрол применяют также при лечении рака молочной железы у женщин.

Лечение диэтилстильбэстролом и диэтилстильбэстрол-пропионатом должно производиться под тщательным врачебным наблюдением.

Rp. Octoestroli 0,001
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Октэстрол (Б). Синтетический препарат; по строению и действию близок к синэстролу.

Показания к применению октэстрола и дозы такие же, как и синэстрола.

Rp. Sol. Progesteroni oleosae 0,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл в мышцы

Прогестерон (Б). Гормон желтого тела, вырабатываемый яичниками. Для медицинского применения получается синтетическим путем. Белый кристаллический порошок; растворим в маслах, нерастворим в воде. Применяют при маточных кровотечениях, связанных с нарушениями функции яичников, при дисменореях, аменореях, бесплодии у женщин с нормальным менструальным циклом, но с функциональной недостаточностью желтого тела, при привычном и угрожающем выкидыше.

Вводится в виде масляных растворов внутримышечно или подкожно.

При маточных кровотечениях (не поддающихся другим методам лечения) прогестерон назначают по 0,005 г (5 мг) ежедневно в течение 6—8 дней. Курсы лечения повторяют 3—4 раза через 15—20 дней до тех пор, пока не установится нормальный менструальный цикл.

При аменорее лечение начинают с назначения эстрогенных препаратов (фолликулина, диэтилстильбэстрола или синэстрола) в течение 2—3 недель в общей дозе от 100 000 до 300 000 ЕД, затем назначают прогестерон в виде инъекций по 5 мг ежедневно в течение 6—8 дней. При наличии показаний курс лечения повторяют 2—3 раза.

При привычном и угрожающем выкидыше применение прогестерона следует начинать возможно раньше и продолжать до IV месяца беременности. Профилактически вводят по 0,005 г (5 мг) через день; при угрожающем выкидыше ту же дозу назначают ежедневно. При появлении симптомов начинающегося выкидыша дозу прогестерона увеличивают до 10 мг в день. Во второй половине беременности прогестерон назначают

при преждевременном появлении схваткообразных сокращений матки (при угрожающих преждевременных родах). Доза 5—10 мг в день. Прогестерон не следует применять во время менструаций и после 37 недель беременности. Общее количество прогестерона на курс лечения не должно превышать 0,3—0,35 г.

Лечение должно проводиться под наблюдением врача.

Rp. Pregnini 0,005
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки 3 раза в день

Прегнин (Б). Синтетический препарат, близкий по действию к прогестерону. Белый порошок, растворим в маслах, нерастворим в воде.

Особенностью прегнина по сравнению с прогестероном является его свойство сохранять активность и оказывать терапевтическое действие при применении внутрь в виде таблеток, особенно при подъязычном применении (всасывание через слизистую оболочку полости рта).

Показания к применению такие же, как и прогестерона.

При привычном и угрожающем выкидыше предпочтительнее назначать прогестерон.

Применяют прегнин обычно по 10 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение 6—8 дней.

При применении прегнина необходимо задерживать таблетку во рту под языком до полного растворения, чтобы всасывание препарата и поступление его в организм происходили через слизистую оболочку полости рта.

Rp. Sol. Testosteroni propionici oleosae
1% (2,5%) 1,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл через день в мышцы

Тестостерон (Б). Мужской половой (андрогенный) гормон. Пропионат тестостерона получают синтетическим путем. Он обладает биологическими и лечебными свойствами естественного гормона. Белый кристаллический порошок, растворим в маслах, нерастворим в воде.

Применяется у мужчин при половом недоразвитии, функциональных нарушениях в половой сфере, мужском климактерии и связанных с ним сосудистых и нервных расстройствах; применяется также при лечении гипертрофии предстательной железы.

У женщин тестостерон-пропионат применяется при маточных кровотечениях, климактерических сосудистых и нервных расстройствах, а также одновременно с рентгено- и радиотерапией при раке молочной железы и яичников.

Препарат применяется под наблюдением врача.

Вводят в мышцы или под кожу в виде масляных растворов. Доза для мужчин при евнухоидизме, недоразвитии половых желез — 25 мг ежедневно или через день, при мужском климактерии — по 10 мг ежедневно или 25 мг 2—3 раза в неделю.

При сосудистых и нервных расстройствах климактерического происхождения у женщин и наличии противопоказаний (опухоли яичников, матки и молочных желез, склонность к маточным кровотечениям) для применения фолликулина и его аналогов вводят тестостерон-пропионат по 10 мг через день в течение нескольких недель. Предпочтительнее в этих случаях назначать метилтестостерон.

При лечении больных раком яичников и молочной железы препарат вводят в больших дозах — до 50 мг в день в первые дни, затем по 0,2—0,3 г (200—300 мг) в неделю в течение длительного времени.

При введении больших доз тестостерон-пропионата необходимо внимательно следить за состоянием больных: большие дозы могут вызвать появление отеков, у женщин может огрубеть голос, появиться излишняя волосистость, пастозность, повыситься половая возбудимость, возникнуть головокружение, тошнота.

Передозировка препарата при дисменореях может привести к прекращению менструации.

Rp. Methyltestosteroni 0,005
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием 2—3 раза в день. Таблетку держать во рту под языком до полного рассасывания

Метилтестостерон (Б). Синтетический препарат, близкий по действию к тестостерону. Белый кристаллический порошок, нерастворимый в воде. Менее активен, чем тестостерон, но эффективен при приеме внутрь.

Для лучшего эффекта рекомендуется задерживать таблетку во рту (под языком) до полного ее рассасывания.

Назначается мужчинам при половом недоразвитии и функциональных нарушениях половой системы, при мужском климактерии и связанных с ним сосудистых и нервных расстройствах. Применяется только по назначению врача.

Принимают по 0,01—0,02—0,03 г в день.

Метилтестостерон применяют также иногда при лечении стенокардии. Дозы индивидуализируют, назначая от 0,01—0,02 г один раз в неделю до 0,01 г ежедневно или через день.

При климактерических сосудистых и нервных расстройствах у женщин метилтестостерон назначают в тех случаях, когда имеются противопоказания к применению эстрогенных препаратов (при доброкачественных опухолях матки, молочных желез); дозы 0,005 г 1—2 раза в день до прекращения расстройств.

При раковых заболеваниях молочных желез и яичников назначают до 0,05—0,1 г в день.

При показаниях к более интенсивной терапии мужским половым гормоном предпочтительнее назначать инъекции тестостерон-пропионата.

Препараты, тормозящие функцию щитовидной железы[1]

Rp. Methylthiouracili 0,25
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза (2 раза или 1 раз) в день после еды

Rp. Methylthiouracili
Extr. Valerianae āā 2,0
Jodi 0,02
Kalii jodati 0,2
Luminali 0,4
Extr. et pulv. Liquiritiae q. s. ut f. pil. N. 40
DS. По 1 пилюле 2 раза в день после еды; принимать курсами в течение 20 дней; перерыв 20 дней (при легких формах тиреотоксикоза; всего 3—4 курса)

Метилтиоурацил (Б). Белый кристаллический порошок, трудно растворим в воде.

[1] См. также Препараты йода.

Метилтиоурацил относится к синтетическим антитиреоидным веществам. Как и другие вещества этой группы, он вызывает уменьшение синтеза тироксина в щитовидной железе, благодаря чему оказывает специфическое лечебное действие при повышенной ее функции. Применяется при лечении базедовой болезни, тиреотоксикоза и гипертиреоза.

Назначают метилтиоурацил внутрь. Дозы — от 0,25 г 3 раза в день до 0,05 г 2 раза в день. Обычно при лечении тиреотоксикоза в тяжелой и средней степени назначают в первые 10 дней по 0,25 г 3 раза в день, в следующие 10 дней по 0,25 г 2 раза в день и в дальнейшем по 0,25 г или меньше (0,2—0,1 г) 1 раз в день в течение нескольких месяцев.

При умеренно выраженном тиреотоксикозе достаточны меньшие дозы (0,2 г и меньше в первые дни с сокращением дозы в следующие дни).

Лечение метилтиоурацилом следует проводить под систематическим врачебным наблюдением; не реже одного раза в две недели необходимо производить исследование количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы. При обнаружении в процессе лечения изменений со стороны крови (лейкопении и др.) необходимо сразу прекратить прием препарата, назначить стимуляторы лейкопоэза (нуклеиновую кислоту, тезан и др.), фолиевую кислоту, витамин B_{12}. Препарат отменяют также при появлении крапивницы, кожного зуда, тошноты, повышении температуры, болей в суставах.

При лечении метилтиоурацилом наряду с уменьшением тиреотоксикоза может наблюдаться некоторое увеличение щитовидной железы.

Rp. Dijodthyrosini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Betazini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Дийодтирозин и бетазин. Белые порошки, слабо растворимые в воде. Оба препарата обладают способностью тормозить выработку тиреотропного гормона передней доли гипофиза, активирующего деятельность щитовидной железы.

Применяют вместе с метилтиоурацилом для уменьшения «зобогенного» действия, а также при легких и средних формах гипертиреоза.

Назначают внутрь по 0,05 г 2—3 раза в день циклами по 20 дней с 10—20-дневными перерывами.

При вторичных гипертиреозах, возникающих при применении препаратов йода, дийодтирозин и бетазин не назначают.

Препараты, содержащие ферменты желудка и поджелудочной железы

Rp. Succi gastrici 100,0
DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день во время еды (при ахилии, хроническом анацидном гастрите)

Rp. Pepsini 2,0
Ac. hydrochlorici diluti 5,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1—2 столовые ложки 2—3 раза в день во время еды (при ахилии, хроническом анацидном гастрите)

Rp. Pepsini 5,0
Ac. hydrochlorici diluti 10,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке на ¼ стакана воды 3 раза в день во время или после еды

Rp. Pancreatini 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день до еды (при ахилии, панкреатите, хроническом энтероколите)

Аминокислоты и гидролизаты белков

Rp. Acidi glutaminici 1,0
D. t. d. N. 40
S. По порошку 3—6 раз в день за 30 минут до еды

Глутаминовая кислота. Белый кристаллический порошок кислого вкуса, растворимый в воде.

Глутаминовая кислота является аминокислотой, участвующей в процессе азотистого обмена в организме. Играет важную роль в биохимических процессах, происходящих в центральной нервной системе; способствует обезвреживанию аммиака.

Применяется при лечении шизофрении, эпилепсии, остаточных явлений полиомиелита, при задержке психического развития у детей, мышечной дистрофии и других заболеваниях.

Назначается внутрь, реже — в вену. Взрослым дают внутрь по 1—2 г 3 раза в день; детям — от 0,1—0,2 до 0,8—1 г также 3 раза в день.

Иногда назначают и бо́льшие дозы — до 10—12 г взрослым и детям. Длительность курса лечения — 4—6 месяцев.

Глутаминовая кислота может назначаться также внутрь в виде пасты, содержащей 5% глутаминовой кислоты, 93% инвертного сахара (фруктоглюкозы) и 2% воды, а также в виде 1% раствора в 25% растворе глюкозы.

Для внутривенного введения глутаминовую кислоту выпускают в ампулах в виде 1% раствора. Взрослым вводят по 10—20 мл ежедневно или через день; детям до 3 лет — 2 мл, от 3 до 5 лет — 3 мл, от 5 до 10 лет — 5 мл, старше 10 лет — 10 мл. Всего делают 15—20 инъекций. При первой инъекции вводят детям на 1—2 мл меньше указанных доз.

Rp. Methionini 0,25
D. t. d. N. 30 in tabul.
S. По 1—2 таблетки 3—4 раза в день до еды

Метионин. Белый кристаллический порошок со слабым запахом серы, растворим в воде.

Метионин — аминокислота, необходимая для поддержания роста и азотистого обмена в организме. Предупреждает отложение избыточного жира в печени, активирует действия гормонов, витаминов, ферментов.

Применяется для лечения заболеваний печени, болезни Боткина, цирроза печени, токсических поражений печени, а также для лечения дистрофии у детей и у взрослых.

Назначают метионин внутрь по 3—4 раза в день. Разовая доза для взрослых — 0,5—1,5 г, для детей до 6 месяцев — 0,25 г, от 6 месяцев до 3 лет — 0,4—0,5 г, от 3 до 12 лет — 0,5 г. Принимают за ½—1 час до еды. Курс лечения продолжается 10—30 дней. Всего на курс назначают детям до 3 лет 20—25 г, детям старшего возраста и взрослым — до 25—40 г.

В связи с неприятным запахом дают метионин взрослым в таблетках или в капсулах, детям — в смеси с сиропом, киселем и т. п.

При наличии рвоты метионин не назначают.

Rp. Sol. Histidini 4% 5,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 5 мл в день внутримышечно

Гистидин. Аминокислота, содержащаяся в разных тканях организма. Применяется при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также гепатитов.

Вводят внутримышечно по 5 мл 4% раствора ежедневно в течение 25—30 дней.

Гидролизин. Продукт, получаемый при кислотном гидролизе белков крови крупного рогатого скота. Светло-коричневая пористая масса, легко растворимая в дистиллированной воде.

Раствор гидролизина, выпускаемый в готовом виде, представляет собой прозрачную жидкость коричневого цвета со своеобразным запахом. При взбалтывании пенится.

Гидролизин содержит все незаменимые для организма аминокислоты. Применяется во всех случаях, когда организму необходимо усиленное белковое питание, особенно тогда, когда введение белков необходимо осуществлять парентеральным путем, в том числе в тех случаях, когда в результате заболеваний желудочно-кишечного тракта нарушается всасывание белков, при подготовке больных к сложным операциям и для парентерального питания больных в послеоперационном периоде, при вяло гранулирующих ранах, гнойных процессах, ожогах, при непроходимости кишечника, интоксикациях.

Гидролизин вводят внутривенно, внутримышечно или подкожно. При введении в вену необходимо тщательно наблюдать за реакцией больного.

Введение гидролизина должно производиться капельно (при всех способах введения), начиная с 20 капель в минуту; при хорошей переносимости количество капель может быть увеличено до 40—60 в минуту. Раствор перед введением подогревают до температуры тела. Одновременно может быть введено до 2 л раствора.

Противопоказаниями к применению служат декомпенсация сердечной деятельности, кровоизлияние в мозг, тромбофлебиты, острые заболевания почек.

Выпускается раствор гидролизина в ампулах и герметически закрытых флаконах по 250—300 и 500 мл.

Белковый гидролизат ЦОЛИПК. Продукт, получаемый при кислотном гидролизе белка, — казеина. Выпускается в виде раствора (прозрачная жидкость желтого цвета).

Показания и противопоказания к применению такие же, как и к гидролизину. Вводится под кожу и в вену. При подкожном введении хорошо рассасывается.

Вводят капельно по 60—90 капель в минуту. Одновременно может быть введено до 2 л раствора.

Выпускается в ампулах по 250 мл.

Аминопептид. Продукт ферментативного гидролиза белков крови крупного рогатого скота.

Выпускается в виде готового раствора (прозрачная жидкость с желтоватой окраской).

Показания и противопоказания к применению аминопептида такие же, как и к гидролизину и белковому гидролизату ЦОЛИПК.

Выпускается в ампулах по 250 мл.

Глюкоза

Rp. Sol. Glucosae steril. 5% 200,0
DS. Для подкожных вливаний

Rp. Sol. Glucosae 40% 20,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутримышечных вливаний

Rp. Sol. Glucosae 40% 300,0
DS. Для клизмы (капельное введение)

Rp. Glucosae 1,0
Ac. ascorbinici 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3 раза в день

Кислоты и щелочи

Rp. Ac. hydrochlorici diluti 15,0
DS. Принимать по 10—15 капель в ¼ стакана воды 2 раза в день во время еды (при недостаточной кислотности желудочного сока)

Rp. Ac. hydrochlorici diluti 4,0
Pepsini 2,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 2 раза в день во время еды.

Rp. Ac. hydrochlorici diluti 1,0
Pepsini 2,0
Aq. destill. 100,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день до еды ребенку 1 года

Rp. Natrii bicarbonici 1,0
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Natrii bicarbonici
Magnesii carbonici āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день (при повышенной кислотности желудочного сока)

Rp. Magnesiae ustae 20,0
DS. По ¼—½ чайной ложки 2 раза в день

Rp. Magnesiae ustae 0,5
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2 раза в день (при гиперацидном гастрите)

Rp. Magnesiae ustae
Natrii bicarbonici āā 0,03
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку после еды

Rp. Magnesiae ustae 20,0
Aq. destill. 120,0
MDS. По 1 столовой ложке через каждые 10 минут; при отравлениях кислотами (перед употреблением взбалтывать)

Rp. Calcii carbonici
Calcii phosphorici āā 1,0
Bismuthi salicylici 0,5
Extr. Belladonnae 0,015
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день (при повышенной кислотности желудочного сока)

Противоподагрические средства

Rp. Atophani 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день. Обильно запить 2% раствором двууглекислой соды или боржомом

Атофан должен применяться по назначению и под наблюдением врача. При длительном применении атофана возможны повреждения печени и желудочно-кишечного тракта (желтуха, атрофия печени, гастрит, цистит). Во избежание осложнений рекомендуется давать препарат циклами по 5 дней с недельными перерывами.

Противопоказан при заболеваниях печени и почек, язвенной болезни желудка, бронхиальной астме, сенной лихорадке.

Rp. Urodani 100,0
DS. По 1 чайной ложке в полустакане воды 3—4 раза в день

Уродан. Содержит: пиперазина фосфорнокислого 2,5 части, уротропина 8 частей, бензоата натрия 2,5 части, бензоата (или цитрата) лития 2 части, двузамещенного фосфорнокислого натрия 10 частей, двууглекислого натрия 37,5 части, виннокаменной кислоты 37,5 части.

Применяется при подагре, почечных и мочевых камнях, спондилартритах, хронических полиартритах.

Основными действующими веществами являются соли пиперазина и лития, образующие с мочевой кислотой относительно легко растворимые соли и способствующие выделению ее из организма. Назначается внутрь перед едой по одной чайной ложке в полустакане воды 3—4 раза в день. Применяют длительно (30—40 дней). При необходимости курс лечения повторяют.

При растворении уродана образуется шипучая жидкость.

Rp. Tabul. Urozini N. 50
DS. По 1 таблетке 3—4 раза в день перед едой

Урозин. Таблетки, содержащие фосфата пиперазина 0,22 г, бензоата лития 0,1 г и уротропина 0,25 г.

Применяются как замена уродана; содержат основные действующие вещества этого препарата. Показания к применению такие же, как и к применению уродана.

Назначаются внутрь по 1 таблетке на прием перед едой 3—4 раза в день с полустаканом воды.

Соли кальция

Rp. Calcii chlorati 10,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день на молоке

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл в вену

Rp. Calcii gluconici 50,0
DS. По 1 чайной ложке 2—3 раза в день (перед едой)

Rp. Calcii gluconici 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1—2 таблетке 3—4 раза в день (перед едой)

Rp. Sol. Calcii gluconici 10% 10,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. По 5—10 мл в мышцы

Глюконат кальция. Белый порошок без запаха и вкуса, растворим в воде.

По основным фармакологическим свойствам, по показаниям и противопоказаниям к применению сходен с хлористым кальцием. Оказывает меньшее раздражающее действие и поэтому пригоден для подкожного и внутримышечного применения.

Вводят внутривенно, в мышцы, под кожу и внутрь.

Внутрь назначают перед едой взрослым 2—5 г или 1/2—1 чайную ложку, или по 4—6 таблеток (по 0,5 г в каждой) 2—3 раза в день; детям до 2 лет — 0,25—0,75 г; 2—5 лет — 1 г; 6—12 лет — 1,5 г 2—3 раза в день.

Для внутримышечного и внутривенного введения взрослым назначают 5—10 мл 10% раствора ежедневно, через день или через 2 дня в зависимости от показаний. Детям, в зависимости от возраста, вводят от 1 до 5 мл 10% раствора каждые 2—3 дня. Ампулу с раствором перед введением подогревают до температуры тела. Вводить в вену следует медленно (в течение 2—3 минут). Шприц перед наполнением не должен содержать остатков спирта, так как в присутствии последнего глюконат кальция выпадает в осадок.

Препараты, содержащие фосфор

Rp. Sol. Natrii adenosintriphosphorici 1% 1,0
D. t. d. N. 30 in amp.
S. По 1 мл в мышцы 1—2 раза в день

Аденознитрифосфорная кислота. Эта кислота является составной частью организма; принимает участие в образовании энергии для мышечной работы.

Динатриевая соль аденозинтрифосфорной кислоты выпускается в виде 1% раствора в ампулах; применяется при мышечных дистрофиях и атрофиях, при дистрофических изменениях сердечной мышцы (одновременно назначают сердечные средства), а также при спазмах сосудов сердца и периферических сосудов.

Вводят внутримышечно. Назначают в первые 2—3 дня 1 раз в день по 1 мл 1% раствора; в последующие дни — 2 раза в день или сразу по 2 мл 1% раствора 1 раз в день. Курс лечения — 30—40 инъекций.

Кальциевая соль аденозинтрифосфорной кислоты выпускается в виде 10% раствора в глицерине в ампулах по 0,3 мл. Перед употреблением ампулу нагревают в горячей воде и содержимое разбавляют в 1 мл стерильного изотонического раствора хлористого натрия. Вводят под кожу (в мышцы) по 0,03 г (1 ампула) 1 раз в день, 30—40 инъекций.

МАП (мышечно-адениловый препарат). Жидкость, получаемая путем биологического синтеза из пивных дрожжей (ранее получалась из мышечной ткани). Содержит адениловую (аденозинмонофосфорную) кислоту. Применяется при миокардиодистрофии, стенокардии, спазмах периферических сосудов (перемежающейся хромоте и т. п.). Назначают по 1 чайной ложке 2—3 раза в день.

Rp. Phytini 0,25
D. t. d. N. 40 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Acidi arsenicosi 0,015
Phytini 3,0
Calcii glycerophosphorici 2,0
Extr. et pulv. Liquiritiae q. s.
ut f. pil. N. 30
DS. По 1—2 пилюли 2 раза в день (при неврастении, утомлении)

Rp. Phytini 0,3
D. t. d. N. 20 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 3 раза в день

Rp. Calcii glycerophosphorici 0,25 (0,5)
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Rp. Lecithini-cerebro 0,05
D. t. d. N. 40 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день (при неврастении, утомлении)

Препараты, содержащие мышьяк

Rp. Sol. Natrii arsenicici 1% 1,0
D. t. d. N. 10 in amp.
S. От 0,2 до 1 мл под кожу

Rp. Liq. arsenicalis Fowleri 5,0
T-rae ferri pomati 20,0
MDS. По 10—15 капель 3 раза в день после еды (по 2 капли 2 раза в день после еды ребенку 10 лет)

Rp. Ac. arsenicosi 0,06
Ferri lactici 6,0
Extr. et pulv. Liquiritiae
q. s. ut f. pil. N. 60
DS. По 1 пилюле 2 раза в день после еды (при упадке питания, неврастении)

Препараты, содержащие йод

Rp. Jodi 0,05
Kalii jodati 0,1
Aq. destill. 50,0
MDS. По 5—10 капель 2—3 раза в день на молоке (при гипертиреозе)

Rp. Jodi 0,02
Kalii jodati 0,2
Luminali 0,4
Methylthiouracili 2,0
Extr. et pulv. Liquiritiae q. s.
ut f. pil. N. 40
DS. По 1 пилюле 2 раза в день после еды; 20 дней принимать, 20 дней перерыв (при гипертиреозе)

Rp. Jodi 0,02
Kalii jodati
Luminali āā 0,2
Camphorae monobromatae 4,0
Massae pil. q. s. ut f. pil. N. 40
S. По 1 пилюле 2 раза в день после еды; принимать 20 дней, перерыв 10 дней (при гипертиреозе)

Rp. T-rae Jodi 5% 15,0
DS. По 1—5 капель 3 раза в день после еды в молоке (при артериосклерозе)

Rp. Sajodini 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды

Rp. Jod-hypersoli 25,0
DS. По ¼ чайной ложки перед едой 2 раза в день в ¼ стакана холодной кипяченой воды (при артериосклерозе)

Примечание. При появлении признаков йодизма принимают после еды или уменьшают дозу.

Препараты, содержащие железо

Rp. Ferri reducti 0,3 (1,0)
D. t. d. N. 15 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 3 раза в день после еды (при анемиях)

Rp. Ferri reducti 1,0
Acidi ascorbinici 0,1
M. f. pulv.
D. t. d. N. 20 in caps. gelatin.
S. По 1 капсуле 3 раза в день

Rp. Ferri reducti
Calcii glycerophosphorici āā 0,1
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Acidi arsenicosi 0,06
Ferri lactici 12,0
Extr. et pulv. Liquiritiae
q. s. ut f. pil. N. 60
DS. По 1 пилюле 3 раза в день после еды

Rp. Tabul. Blaudi N. 50
DS. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Таблетки Бло. Содержат железа сернокислого закисного 0,028 г.

Rp. Tabul. Ferrocali N. 40
DS. По 2 таблетки 3 раза в день

Феррокаль. Таблетки, содержащие сернокислого железа 0,2 г, лецитина-церебро 0,02 г, кальция фруктозодифосфата 0,1 г. Применяются при анемии, упадке сил и т. п. по 2—6 таблеток 3 раза в день.

Rp. Tabul. Ferrobioni N. 50
DS. По 1—2 таблетки 3—4 раза в день

Ферробион. Таблетки, содержащие по 0,1 г двухлористого железа и 0,14 г глюкозы. Применяют так же, как феррокаль.

Rp. T-rae ferri pomati 150,0
DS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Rp. Acidi ferro-ascorbinici 0,1
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 2—3 раза в день

Железо-аскорбиновая кислота. Комплексное соединение железа и аскорбиновой кислоты, хорошо растворим в воде.

Применяется при анемиях. Назначается внутрь в таблетках или капсулах по 0,1—1 г 2—3 раза в день.

Rp. Fercoveni 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 2—5 мл в вену (вводить медленно!)

Ферковен. Препарат железа для внутривенного введения. Состоит из сахарата железа, глюконата кобальта и раствора углеводов. В 1 мл содержится 0,02 г железа и 0,00009 г (0,09 мг) кобальта. Прозрачная жидкость красновато-коричневого цвета, сладкого вкуса.

Применяется при лечении гипохромных анемий различной этиологии, особенно при плохой переносимости и недостаточной всасываемости препаратов железа, вводимых внутрь.

Вводят ферковен в вену по одному разу в день, ежедневно в течение 10—15 дней. В первые 2 инъекции вводят по 2 мл, а затем по 5 мл. Вводят медленно (в течение 6—8 минут).

Противопоказан при заболеваниях печени, коронарной недостаточности, гипертонической болезни II и III степени.

Rp. Haemostimulini 0,6
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день во время еды

Гемостимулин. Препарат из крови крупного рогатого скота с прибавлением солей железа и меди. Порошок светло-коричневого цвета.

Применяется в качестве средства, стимулирующего кровотворение.

Назначают внутрь в порошках или в таблетках взрослым по 0,6 г (детям по 0,1—0,5 г) на прием 3 раза в день во время еды. Запивают раствором разведенной соляной кислоты (по 10—15 капель на полстакана воды; принимают отдельными глотками). Курс лечения продолжается 3—5 недель.

Биогенные стимуляторы

Rp. Extr. Aloës 1,0
D. t. d. N. 15 in amp.
S. По 1 мл под кожу

Rp. Peloidini 200,0
DS. Для клизмы по 100 мл 2 раза в день (при колитах)

X

ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ И ПРОТИВОПАРАЗИТАРНЫЕ СРЕДСТВА

Антибиотики

Rp. Penicillini 200 000 ЕД
D. t. d. N. 6
S. В мышцу по 200 000 ЕД 3—4 раза в день; растворить непосредственно перед введением в 1 мл 0,25% раствора новокаина

Rp. Penicillini 100 000 ЕД
Sol. Natrii chlorati isotonicae steril. 5,0
MDS. Глазные капли; по 2 капли 5—6 раз в день

Пенициллин (Б). Антибиотик, являющийся продуктом жизнедеятельности различных видов плесневого грибка пенициллиума.

В результате жизнедеятельности этих грибков образуются различные виды пенициллина; наиболее активным является бензилпенициллин. В настоящее время применяют разные препараты пенициллина: натриевую соль бензилпенициллина кристаллическую, калиевую соль бензилпенициллина кристаллическую, новокаиновую соль бензилпенициллина, а также феноксиметилпенициллин, бициллин, экмоновоциллин.

Пенициллин эффективен при лечении многих заболеваний, вызываемых различными микроорганизмами: стрептококками, пневмококками, гонококками, менингококками и др. Он не эффективен в отношении вирусов, возбудителя туберкулеза, бруцеллеза, амебиаза, кишечной палочки.

Применяют пенициллин при лечении крупозной и очаговой пневмонии, подострого септического эндокардита, раневых инфекций, гнойных инфекций кожи, мягких тканей и слизистых, септицемии и пиемии, острого и хронического остеомиелита, разных форм ангин, дифтерии, рожистого воспаления, воспаления среднего уха, воспалительных заболеваний глаз; эпидемического цереброспинального менингита, скарлатины, гонореи, бленнореи, сифилиса, сибирской язвы и различных других инфекционных заболеваний, вызванных чувствительными к пенициллину микроорганизмами.

Кристаллическая натриевая соль бензилпенициллина для инъекций и кристаллическая калиевая соль для инъекций вводятся в виде растворов внутримышечно или под кожу, а при необходимости — в вену; вводятся также в полости (брюшную, плевральную и др.). При заболеваниях легких применяются также в виде аэрозоля; при заболеваниях глаз — в виде глазных капель и субконъюнктивально.

Для введения в спинномозговой канал применяется только кристаллическая натриевая соль бензилпенициллина.

Растворы пенициллина готовят на стерильном изотоническом растворе хлористого натрия (физиологическом растворе), на дважды дистиллированной стерильной воде или на 0,25—0,5—1% растворе новокаина; применение новокаина приводит к удлинению действия пенициллина.

Растворы пенициллина готовят с соблюдением правил асептики. Стерилизовать растворы нельзя; при нагревании пенициллин разлагается. Растворение пенициллина производят непосредственно во флаконе; для этого шприц и иглу тщательно стерилизуют; с металлического колпачка, прикрывающего резиновую пробку флакона, снимают центральную часть, оставляя ободок; колпачок и пробку тщательно протирают ваткой, смоченной спиртом, затем набирают в шприц необходимое количество растворителя, прокалывают пробку и растворитель (из расчета 1—2 мл на 100 000 ЕД пенициллина) вводят во флакон. После растворения пенициллина набирают в шприц необходимое количество раствора, вынимают иглу из резиновой пробки и производят инъекцию; перед инъекцией рекомендуется сменить иглу.

Примечание. При растворении пенициллина в растворе новокаина раствор иногда становится мутным вследствие образования новокаиновой соли пенициллина. Помутнение раствора не служит противопоказанием к применению. При выпадении осадка следует проверить растворимость препарата в дважды дистиллированной воде или в изотоническом растворе хлористого натрия. Если препарат плохо растворим, то он к применению непригоден.

Дозировка пенициллина индивидуализируется в зависимости от характера заболевания, возраста больного, эффективности лечения и т. п. Разовая доза для взрослых составляет от 50 000 до 200 000 ЕД, суточная — от 200 000 до 1 000 000 ЕД. В некоторых случаях, например при подостром септическом эндокардите, применяют массивные дозы — до 1 500 000—2 500 000 ЕД в сутки.

Детям в возрасте до года назначают по 10 000—20 000 ЕД на 1 кг веса ребенка в сутки; детям старшего возраста — по 150 000—400 000 ЕД в сутки. Курс лечения в зависимости от характера и течения заболевания может продолжаться от нескольких дней (4—6—8 дней при рожистом воспалении, скарлатине, пневмонии и др.) до месяца и больше (например, 2—4 месяца при септическом эндокардите).

Для того чтобы пенициллин оказал достаточный терапевтический эффект, необходимо, чтобы концентрация антибиотика в крови находилась во все время лечения на достаточно высоком уровне; так как пенициллин быстро выводится из крови, необходимо часто вводить его в организм. Если не применяются специальные средства, удлиняющие действие пенициллина (см. *Новоциллин, Экмоновоциллин*), то внутримышечные инъекции следует производить каждые 3—4 часа. Если в качестве растворителя применяют новокаин, то количество инъекций можно несколько сократить (до 4—5 раз в сутки).

В спинномозговой канал (эндолюмбально) кристаллическая натриевая соль пенициллина вводится при воспалительных заболеваниях головного и спинного мозга и мозговых оболочек. Вводят от 10 000 до 100 000 ЕД один раз в сутки. Детям до 1 года назначают 10 000 ЕД в сутки; от 1 года до 2 лет — 15 000—20 000 ЕД; от 2 до 3 лет — 20 000—30 000 ЕД; от 4 до 8 лет — 30 000—40 000 ЕД; старше 8 лет — 40 000—50 000 ЕД; взрослым — 50 000—70 000 ЕД и не более 100 000 ЕД в сутки. Разводят пенициллин в 3—10 мл (в зависимости от количества пенициллина) стерильной дважды дистиллированной воды или стерильного изотонического раствора хлористого натрия. При растворении пенициллина в 3 мл набирают дополнительно в шприц 3—4 мл спинномозговой жидкости. Перед введением раствора удаляют 5—10 мл спинномозговой жидкости. Вводят медленно, в течение 1—2 минут.

Одновременно с эндолюмбальным введением производят введение пенициллина в мышцы в обычных дозах.

Противопоказанием к эндолюмбальному введению служит эпилепсия, повышенная чувствительность к пенициллину. Для определения чувствительности организма рекомендуется за 12—24 часа перед эндолюмбальным введением ввести в мышцы 100 000 ЕД пенициллина.

При воспалительных глазных заболеваниях растворы пенициллина применяют часто в виде глазных капель. Капли готовят из расчета 20 000 ЕД пенициллина в 1 мл изотонического раствора хлористого натрия. Вводят по 1—2 капли 6—8 раз в день.

При заболеваниях легких (хронических бронхитах, пневмониях, гангрене легких и др.) часто применяют аэрозоли пенициллина; при помощи специальных распылителей вводят в дыхательные пути жидкий или сухой аэрозоль из расчета 150 000—200 000—300 000 ЕД на одну ингаляцию 2 раза в день.

Пенициллин можно вводить также интратрахеально в виде раствора в той же дозе в 2—3 мл изотонического раствора хлористого натрия (через резиновый катетер).

Применение пенициллина должно производиться по назначению врача и под тщательным медицинским наблюдением. Назначать пенициллин следует только в тех случаях, когда заболевание вызвано чувствительными к этому антибиотику микроорганизмами. В других случаях, в том числе при гриппе, не осложненном бактериальной инфекцией, применение пенициллина нерационально и не вполне безопасно в связи с возможными побочными явлениями.

При применении пенициллина могут наблюдаться различные побочные явления. В ряде случаев, особенно у лиц с повышенной чувствительностью, наблюдаются дерматиты, зуд, крапивница и другие аллергические реакции. При сосании таблеток пенициллина нередко возникают характерные поражения слизистой оболочки полости рта; при ингаляциях пени-

циллина могут наблюдаться фарингиты и ларингиты. При тяжелых аллергических реакциях прибегают к введению адреналина. Можно также пользоваться димедролом (0,03—0,05 г на прием 2 раза в день), препаратами кальция.

При внутримышечном введении раствора кристаллического пенициллина иногда отмечается повышение температуры; в редких случаях на месте введения в вену возникает тромбоз. При введении в спинномозговой канал требуется весьма большая осторожность; в редких случаях у детей развиваются судороги.

Пенициллин выпускается в стеклянных флаконах, герметически закрытых резиновыми пробками и металлическими колпачками, по 100 000—200 000—300 000—500 000 и 1 000 000 ЕД. Срок годности указывается на этикетке. Сохраняют при температуре не выше 20°.

Перед применением пенициллина проверяют целостность упаковки каждого флакона.

Растворы, приготовленные для инъекций, должны применяться сразу; хранение допускается не свыше 1—2 дней в темном холодном месте при соблюдении всех правил асептики.

Rp. Phenoxymethylpenicillini 100 000 ЕД
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 2 таблетки 4 раза в день

Феноксиметилпенициллин (Б). Отличается от пенициллина тем, что он устойчив в кислой среде желудка и может применяться per os. Назначают по 200 000 ЕД 4 раза в день за 1 час до еды. Детям назначают в меньших дозах соответственно возрасту.

Новокаиновая соль бензилпенициллина (Б) предназначена только для внутримышечного введения. Препарат медленно всасывается, что обеспечивает длительное нахождение пенициллина в крови. Показания для применения такие же, как для пенициллина.

Дозы для взрослых: 300 000 ЕД 1 раз в сутки, для детей: 5000 ЕД на 1 кг веса тела 1 раз в сутки. Для инъекции готовят взвесь непосредственно перед применением: во флакон с препаратом вводят при помощи шприца 2 мл стерильной дважды дистиллированной воды или физиологического раствора, встряхивают и вводят глубоко в верхний наружный квадрант ягодицы.

Rp. Ecmonovocillini 300 000 ЕД
D. t. d. N. 6
S. По 300 000 ЕД в мышцы 1 раз в сутки

Экмоновоциллин (Б). Взвесь новокаиновой соли пенициллина в водном растворе экмолина. Готовится непосредственно перед введением из: 1) новокаиновой соли пенициллина — 300 000 или 600 000 ЕД и 2) водного раствора экмолина — 2,5 или 5 мл.

Применяется при тех же показаниях, что и пенициллин. Введение производится один раз в сутки.

Приготовление взвеси производится следующим образом: после осмотра флаконов, стерилизации иглы и шприца, прочистки иглы мандреном протирают резиновые колпачки флаконов спиртом, прокалывают пробку флакона с экмолином, набирают 2,5 мл, вводят во флакон с новокаиновой солью пенициллина (300 000 ЕД). Смесь осторожно перемешивают — образуется однородная взвесь молочно-белого цвета.

Вводят сразу в верхненаружный квадрант ягодицы по 300 000—600 000 ЕД взрослым, по 100 000—300 000 ЕД детям (по 10 000—15 000 ЕД на 1 кг веса в сутки). Доза на курс такая же, как при применении пенициллина.

Отпускается из аптеки в двух отдельных флаконах: в одном — новокаиновая соль пенициллина, в другом — раствор экмолина.

Rp. Bicillini-1 300 000 ЕД
D. t. d. N. 6
S. По 300 000 ЕД в мышцы 1 раз в неделю

Бициллин (Б) представляет собой кристаллическую соль бензилпенициллина с дибензилэтилендиамином (бициллин-1). Бициллин-2 является смесью бициллина-1 и калиевой соли бензилпенициллина; бициллин-3 — смесь калиевой соли бензилпенициллина, новокаиновой соли бензилпенициллина и бициллина-1. Вводится внутримышечно. Бициллин и новокаиновая соль бензилпенициллина медленно всасываются, калиевая соль бензилпенициллина всасывается быстро, таким образом, можно, применяя разные препараты бициллина, быстро создать необходимую концентрацию пенициллина в крови, которая долго сохраняется. Перед употреблением во флаконы с бициллином вводят 2 мл стерильной дистиллированной воды и встряхивают до образования равномерной взвеси. Дозы для взрослых бициллина-1: 300 000—600 000 ЕД 1 раз в неделю; детям по 5000—10 000 ЕД на 1 кг веса тела 1 раз в неделю. Дозы бициллина-2 для взрослых: 400 000—800 000 ЕД 1 раз в неделю, детям по 7500—15 000 ЕД на 1 кг веса 1 раз в неделю, а бициллина-3 для взрослых 300 000 ЕД 1 раз в 4 дня.

Rp. Laevomycetini 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4—6 раз в день

Левомицетин (Б). Антибиотик, являющийся продуктом жизнедеятельности определенного вида микроорганизма (Streptomyces venezuelae), получается также синтетическим путем.

Белое кристаллическое вещество, трудно растворимое в воде.

Левомицетин эффективен при лечении ряда заболеваний, вызываемых бактериями, риккетсиями и некоторыми вирусами.

Применяется для лечения брюшного тифа и паратифа, дизентерии, бруцеллеза, коклюша, пневмонии, гнойных инфекций, туляремии и других бактериальных инфекций, при сыпном тифе, трахоме и некоторых других заболеваниях, вызываемых крупными вирусами.

Назначают левомицетин внутрь в порошке или в таблетках за 20—30 минут до еды.

Детям ввиду горького вкуса часто назначают с вареньем, медом, киселем.

При упорной рвоте препарат можно назначать в виде свечей, но дозы при этом увеличивают в $1^1/_2$ раза.

Для лечения трахомы применяют 1% эмульсию (см. *Эмульсия синтомицина*).

Разовая доза для взрослых составляет от 0,25 до 0,75 г, обычно дают по 0,5 г на прием. В первые дни заболевания препарат назначают до 6 раз в сутки, при снижении температуры и улучшении общего состояния — по 3—4 раза в сутки. Продолжительность курса зависит от характера заболевания и эффективности лечения; обычно лечение проводят в течение 4—7—10 дней, а при заболеваниях, сопровождающихся рецидивами, — до 2—3 недель.

При применении левомицетина, так же как и других антибиотиков, необходимо учитывать, что назначение препарата в недостаточных дозах или слишком раннее прекращение лечения может привести к появлению устойчивых штаммов возбудителей, не поддающихся в дальнейшем действию антибиотика.

Детям до 3-летнего возраста назначают по 0,01—0,015 г (10—15 мг) на 1 кг веса на прием 3—4 раза в сутки. Детям от 3 до 8 лет дают по 0,15—0,2 г на прием, детям старше 8 лет — по 0,2—0,3 г на прием.

Препарат назначают за 20—30 минут до еды.

При применении левомицетина могут иметь место различные побочные явления: гиперемия и раздражение слизистых оболочек полости рта, зева, половых органов, ануса, дерматиты, кожные сыпи, диспепсические расстройства, изменения со стороны крови. Если побочные явления держатся стойко, необходимо прекратить прием препарата.

При длительном применении левомицетина могут наблюдаться грибковые поражения кожи, слизистых оболочек, внутренних органов.

Левомицетин противопоказан при псориазе, экземе и других кожных заболеваниях, а также при повышенной чувствительности больного к препарату.

Rp. Erythromycini 100 000 ЕД
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 6 раз в день

Эритромицин (Б) — новый антибиотик, действующий на стрептококки, пневмококки, стафилококки; может оказывать эффект в случаях, когда микроорганизмы устойчивы к пенициллину и другим антибиотикам. Применяется при лечении пневмоний, скарлатины, рожистого воспаления, раневых инфекций и других заболеваний.

Дозы для взрослых: 100 000—200 000 ЕД на прием до 800 000 ЕД и более в сутки (4—6 приемов); для детей: по 5000—8000 ЕД на 1 кг веса каждые 4—6 часов. Принимают внутрь во время еды. При приеме препарата могут наблюдаться побочные явления: тошнота, рвота, понос и др.

Применяют эритромицин по назначению врача.

Rp. Eulaevomycctini 0,5
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 6 раз в день
ребенку 10 лет

Эулевомицетин является стеариновым эфиром левомицетина, не имеет присущего левомицетину горького вкуса («негорький левомицетин»); удобен для применения в детской практике. Разовая доза для взрослых — 1 г, для детей весом до 10 кг — 0,02—0,03 г на 1 кг веса тела, весом более 10 кг — 0,3—0,5 г на прием. Детям дают вместе с кашей, киселем, молочной смесью. Частота приемов и длительность лечения такие же, как при применении левомицетина.

Rp. Synthomycini 0,5
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 4—6 раз в день

Синтомицин (Б). Синтетический препарат, близкий по лечебному действию к левомицетину.

Белый мелкокристаллический порошок горького вкуса; плохо растворим в воде.

Показания к применению такие же, как и к применению левомицетина.

Взрослым назначают по 0,5—0,75—1 г на прием 4—6 раз в день; детям до 3 лет — из расчета 0,02 г на 1 кг веса на прием 3—4 раза в сутки; детям старше 3 лет — по 0,3—0,5 г на прием (за 30 минут до еды).

Возможные осложнения и противопоказания такие же, как при применении левомицетина.

Rp. Emulsionis synthomycini 1% 20,0
DS. Наружное (для лечения трахомы, язв, ран)

Эмульсия синтомицина. Густая сметанообразная масса. Содержит 1%, 5% или 10% синтомицина.

Применяется местно для лечения гнойных ран, гнойно-воспалительных заболеваний кожи и слизистых оболочек, трахомы, сикоза. Вместо эмульсии синтомицина может применяться эмульсия левомицетина.

Rp. Eusynthomycini 0,25
D t d. N. 20
S По 1 порошку 4 раза в день (ребенку 8 месяцев)

Эусинтомицин (Б). Негорький синтомицин, стеариновый эфир синтомицина. Кристаллический порошок серовато-зеленоватого цвета, нерастворимый в воде, содержит около 55% синтомицина; не имеет горького вкуса.

Применяют эусинтомицин в тех случаях, когда показан синтомицин, особенно при дизентерии, брюшном тифе, коклюше, пневмонии, стафилококковых и стрептококковых инфекциях.

Препарат более удобен, чем синтомицин, для применения в детской практике из-за отсутствия горького вкуса.

Разовая доза для взрослых — 1—2 г; детям весом до 10 кг назначают по 0,03 г на 1 кг веса на прием; весом более 10 кг 0,35—0,5 г на прием. Частота приемов и длительность лечения такие же, как при применении синтомицина. Детям до 2 лет препарат рекомендуется назначать вместе с кашей или молочной смесью.

При применении эусинтомицина возможны те же побочные явления, что и при применении синтомицина (за исключением тех, которые связаны с горьким вкусом).

При появлении осложнений уменьшают дозу или полностью отменяют препарат.

Rp. Streptomycini sulfurici 250 000 ЕД
D. t. d. N. 6
S. Содержимое растворить, вводя непосредственно во флакон 3 мл 0,25% раствора новокаина или изотонического раствора хлористого натрия. Вводить в мышцы по 250 000 ЕД 2 раза в сутки

Стрептомицин. Антибиотик, образующийся лучистым грибом. Для медицинского применения выпускается стрептомицин сернокислый и хлоркальциевый комплекс стрептомицина.

Стрептомицин сульфат применяют внутримышечно. В спинномозговой канал стрептомицин сернокислый не вводят; для этой цели пользуются исключительно хлоркальциевым комплексом стрептомицина; последний можно вводить и в мышцы.

Применяют стрептомицин для лечения туберкулеза легких, лимфатических узлов, рта, гортани, трахеи, бронхов, кишечника, мочевых и половых органов, серозных оболочек, костей, суставов, глаз и кожи (волчанка); туберкулезного менингита и менингита, вызванного другими чувствительными к стрептомицину микробами (кишечной группы, паратифозной группы, синегнойной палочкой и др.); заболеваний мочевых путей, вызванных чувствительными к стрептомицину микробами; эндокардита, вызванного пенициллиноустойчивыми микробами; гонореи, коклюша, туляремии, бруцеллеза.

Дозы стрептомицина при внутримышечном введении: взрослым — от 500 000 до 1 000 000 ЕД в сутки; детям до 3 лет — по 200 000—250 000 ЕД

в сутки; от 4 до 7 лет — по 250 000—300 000 ЕД в сутки; от 8 до 12 лет и старше — по 300 000—500 000 ЕД в сутки.

Высшие дозы стрептомицина при внутримышечном введении для взрослых: разовая — 1 000 000 ЕД (1 г), суточная — 2 000 000 ЕД (2 г).

Суточную дозу раствора препарата вводят ежедневно в один или в два приема в ягодичную мышцу или в мышцу бедра.

Для внутримышечных введений стрептомицин растворяют в 2—3 мл стерильного изотонического раствора хлористого натрия, либо стерильной дважды дистиллированной воды, либо (при повышенной чувствительности больного к уколу) стерильного 0,25—0,5% раствора новокаина.

Необходимо пользоваться свежеприготовленными растворами.

При туберкулезе и воспалительных заболеваниях легких стрептомицин можно применять в виде аэрозоля (по 100 000—150 000 ЕД на ингаляцию). Ингаляции производят ежедневно или через день; на курс в среднем 15—20 ингаляций.

Стрептомицин можно назначать одновременно с другими лекарственными средствами. При лечении туберкулеза его часто назначают в сочетании с фтивазидом, ПАСК и другими химиотерапевтическими препаратами.

При лечении стрептомицином могут наблюдаться болевые ощущения в месте введения препарата, относительно часто наблюдаются лекарственная лихорадка, дерматит и другие аллергические явления, головокружение, головная боль, сердцебиение, альбуминурия, гематурия; в связи с подавлением микрофлоры кишечника может наблюдаться понос. Наиболее серьезным осложнением являются вестибулярные расстройства и нарушения слуха; при длительном применении больших доз может развиться глухота.

Лечение стрептомицином должно проводиться под тщательным врачебным наблюдением.

При слабо выраженных побочных явлениях следует уменьшить дозу антибиотика. Рекомендуется применять при этом димедрол по 0,03—0,05 г 2—3 раза в сутки, хлористый кальций, а также витамин B_1. Если побочные явления выражены резко, лечение необходимо прекратить.

У лиц, длительно соприкасающихся со стрептомицином (фармацевтов, медицинских сестер, лиц, занятых производством препарата), могут развиваться контактные дерматиты. Во избежание этого должны соблюдаться необходимые меры предосторожности (работа в перчатках, респираторах, защитных очках и т. п.).

Выпускается стрептомицин во флаконах, герметически закрытых резиновыми пробками с металлическими колпачками, с содержанием в одном флаконе 250 000—500 000 и 1 000 000 ЕД стрептомицина. Хранится в оригинальной упаковке в сухом, темном и прохладном месте (при температуре не выше 20°).

Показания и противопоказания к внутримышечному введению хлоркальциевого комплекса стрептомицина такие же, как и к применению сернокислого стрептомицина.

При менингите хлоркальциевый комплекс стрептомицина вводят иногда в спинномозговой канал (эндолюмбально) в следующих разовых дозах: до 1 года — 10 000—15 000 ЕД; от 1 года до 3 лет — 15 000—25 000 ЕД; от 4 до 7 лет — 25 000—50 000 ЕД; от 8 до 12 лет — 50 000—75 000 ЕД; детям более старшего возраста и взрослым — до 75 000—100 000 ЕД.

Одновременно с введением в спинномозговой канал хлоркальциевого комплекса стрептомицина вводят в мышцы этот же препарат или сульфат стрептомицина.

Rp. Biomycini sulfurici
100 000 ЕД
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки 5 раз в сутки

Биомицин или хлортетрациклин. Антибиотик, являющийся продуктом жизнедеятельности микроорганизма — Actinomyces aureofaciens. Кристаллический порошок золотисто-желтого цвета, горького вкуса, растворим в воде. Эффективен при лечении ряда заболеваний, вызываемых микробами, риккетсиями, некоторыми вирусами.

Применяется для лечения бактериальной пневмонии, дизентерии, бруцеллеза, туляремии, коклюша, гонореи и некоторых других бактериальных инфекций, сыпного тифа и амебной дизентерии. Эффективен при трахоме и некоторых других заболеваниях, вызванных крупными вирусами.

Применяется также для профилактики и лечения инфекционных осложнений у хирургических больных, при сепсисе, перитоните, инфекциях мочевых путей, нагноительных заболеваниях легких.

Местно применяется при лечении больных с ожогами, флегмонами, маститами, абсцессами (путем введения водного раствора биомицина в гнойную полость после предварительного отсасывания гноя), гнойничковыми заболеваниями кожи.

Препарат принимают per os за полчаса до еды в виде таблеток или в капсулах; запивают водой.

Разовая доза для взрослых составляет 0,1—0,2 г (100 000—200 000 ЕД); принимают обычно 5—6 раз в сутки. Курс лечения продолжается 6—8—10 дней; при необходимости после 6—10—15-дневного перерыва проводят второй курс лечения.

Детям биомицин назначают из расчета 0,025 г (25 000 ЕД на 1 кг веса в сутки).

Водные растворы биомицина для местного применения готовят ex tempore из расчета 1—5 мг в 1 мл; местно применяют также 1—5% мази.

При приеме биомицина могут наблюдаться различные побочные явления: понижение аппетита, тошнота, рвота, расстройства кишечника (жидкий стул), гиперемия слизистых оболочек полости рта и зева, дерматиты, сопровождающиеся зудом, отек Квинке и другие аллергические реакции.

При длительном применении биомицина, так же как и других антибиотиков (левомицетина, синтомицина, террамицина и др.) и особенно их комбинаций, могут наблюдаться поражения кожи, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, влагалища, легких и других органов, а также сепсис, вызываемые дрожжевидным грибком (так называемые кандидамикозы). Грибок Candida albicans имеется в нормальной микрофлоре кожи и слизистых и в обычных условиях является сапрофитом. Подавляя обычную микрофлору организма, антибиотики способствуют росту грибка и его переходу в паразитическое состояние, что может привести к тяжелым осложнениям. Возможно, что в развитии кандидамикоза играет также роль нарушение образования витаминов в организме и изменение его сопротивляемости.

Для лечения кандидамикозов применяется специальный антибиотик.

Биомицин противопоказан при грибковых поражениях кожи, экземе, при повышенной чувствительности к препарату; ограничение доз необходимо при выраженной лейкопении.

При развитии побочных явлений необходимо уменьшить дозу биомицина, сделать перерыв в лечении или прекратить дачу препарата.

Rp. Terramycini 100 000 ЕД
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Террамицин или окситетрациклин. Антибиотик, близкий по строению к биомицину. Применяется при лечении больных пневмонией, бактериальной и амебной дизентерией, коклюшем, гонореей, бруцеллезом, сыпным тифом, инфекционными заболеваниями мочеполовой системы, а также с различными нагноительными процессами.

Назначается внутрь в таблетках по 100 000—500 000 ЕД (0,1—0,5 г) на прием 3—4 раза в день. Максимальная суточная доза для взрослого 2 г. Курс лечения продолжается 4—10 дней. Доза для детей: 0,025 г (25 000 ЕД) на 1 кг веса в сутки. Возможные осложнения и противопоказания такие же, как при применении биомицина.

Выпускается в виде: а) таблеток, содержащих по 0,1 и 0,2 г чистого препарата, б) таблеток, содержащих по 0,1 г хлоргидрата террамицина и 0,1 г дифосфата кальция, и в) таблеток, содержащих по 0,1 г хлоргидрата террамицина и 0,02 г экмолина. Таблетки с дифосфатом кальция и экмолином несколько медленнее всасываются, лучше переносятся, обеспечивают более постоянную концентрацию препарата в крови.

Rp. Tetracyclini 0,15
D. t. d. N. 20 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле 4—6 раз в сутки

Rp. Ung. Tetracyclini hydrochlorici 1% 10, 0
DS. Глазная мазь

Тетрациклин. Антибиотик, близкий по строению и действию к биомицину. Вследствие отсутствия горького вкуса удобен для применения у детей.

Показания и противопоказания к применению такие же, как и к применению биомицина.

Основание тетрациклина назначают внутрь за полчаса до еды или через час после еды. Принимают в таблетках или в капсулах, содержащих по 0,1—0,15 г препарата, 4—6 раз в сутки. Высшая суточная доза для взрослых — 2 г. Детям назначают до 0,025 г на 1 кг веса в сутки. Хлоралгидрат тетрациклина назначают местно в виде мазей (1—2%) и глазных капель (0,5%). Растворы готовят непосредственно перед применением; срок годности растворов не свыше суток.

Rp. Albomycini 1 000 000 ЕД
D. t. d. N. 10 in amp.
S. Растворить содержимое ампулы в 2 мл дважды дистиллированной воды. Свежеприготовленный раствор вводить под кожу по 1,5 мл каждые 12 часов ребенку весом 7,5 кг

Альбомицин. Антибиотик, получаемый из культуральной жидкости определенного вида микроорганизма. Порошок желтого или коричневого цвета, растворимый в воде, при нагревании разрушается.

Применяется при лечении пневмонии различной этиологии у детей и у взрослых, вторичных пневмониях (при кори, коклюше, дизентерии и т. д.), осложнениях от дизентерии у детей (отиты, отиты-антриты и др.), различных септических состояниях (абсцессах, сепсисе и др.), при инфекционных заболеваниях кожи (пиодермия).

Выпускается в ампулах по 1 000 000 и 5 000 000 ЕД. Растворение производят дважды дистиллированной стерильной водой из расчета 500 000 ЕД в 1 мл. Растворы употребляют немедленно после приготовления. Вводят под кожу или в мышцы, обычно из расчета 100 000—200 000 ЕД на 1 кг веса в сутки. Суточную дозу вводят в два приема с перерывом в 12 часов. Курс лечения продолжается 7—20 дней.

Колимицин (Б). Новый антибиотик. Применяется наружно для лечения инфицированных ран, гнойничковых заболеваний кожи, гнойных процессов в брюшной полости и т. п. Применяют также внутрь при лечении энтеритов (главным образом у детей), вызванных кишечной палочкой; при дизентерии мало активен. Наружно применяют 0,25—0,5% растворы, мази (5%). Внутрь назначают по 25 000—50 000 ЕД на 1 кг веса тела в сутки (в 4 приема). Курс лечения 5—7 дней. При приеме препарата могут наблюдаться тошнота, рвота, понос. При парентеральном применении

может развиться неврит слухового нерва. Применять колимицин следует по назначению врача с тщательным наблюдением за больным.

Rp. Nystatini 500 000 ЕД
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Нистатин (Б). Новый антибиотик, действующий на патогенные грибы и особенно на дрожжеподобные грибки рода Candida.

Применяют для профилактики и лечения заболеваний, вызванных дрожжеподобными грибками (при кандидамикозах). Назначают внутрь: взрослым — по 500 000 ЕД 3—4 раза в день, детям до 1 года — по 75 000 ЕД, 1—3 лет — по 100 000 ЕД 3—4 раза в день. Детям старше 3 лет назначают по 500 000—750 000 ЕД в сутки (разделив на 3—4 приема).

Сульфаниламидные препараты

Rp. Streptocidi albi 0,3
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки 5—6 раз в день

Белый стрептоцид является одним из первых химиотерапевтических препаратов группы сульфаниламидов. Другие препараты этой группы могут в химическом отношении рассматриваться как производные белого стрептоцида.

Сульфаниламидные препараты являются активными противомикробными средствами, эффективными при лечении заболеваний, вызываемых стрептококками, менингококками, пневмококками, гонококками и другими бактериями. Они широко используются в настоящее время при лечении пневмонии, рожистого воспаления, ангины, эпидемического церебрального менингита, гонореи, цистита, пиелита, дизентерии, колитов, раневых инфекций и других заболеваний.

При выборе сульфаниламидного препарата необходимо учитывать, что разные препараты этой группы по-разному всасываются из желудочно-кишечного тракта и по-разному выделяются из организма. Белый стрептоцид, норсульфазол, сульфодимезин, сульфазин, метилсульфазин, этазол относительно быстро всасываются, легко проникают в органы и жидкости организма и выделяются преимущественно через почки. Эти препараты имеют широкое применение при лечении различных инфекционных заболеваний: пневмонии, менингита, рожистого воспаления, ангины и др. Уросульфан также быстро всасывается; выделяется в значительном количестве с мочой, он особенно эффективен поэтому при инфекционных заболеваниях мочевых путей: пиелите, цистите и др. Фталазол и сульгин, трудно всасываются из желудочно-кишечного тракта и выделяются преимущественно с калом; они относительно долго находятся в кишечнике в высоких концентрациях. Эти препараты особенно эффективны при кишечных заболеваниях: дизентерии, энтеритах, колитах и др.

Сульфаниламидные препараты часто целесообразно применять в разных комбинациях: например, сульфодимезин в сочетании с сульфазином, норсульфазолом и др.; терапевтический эффект при этом часто повышается. Сульгин и фталазол целесообразно назначать одновременно с хорошо всасывающимися препаратами: сульфодимезином, норсульфазолом или другими препаратами.

Сульфаниламидные препараты необходимо принимать в рекомендуемых для каждого препарата дозах и в течение всего времени, необходимого для наступления терапевтического эффекта. Прием сульфаниламидных препаратов в недостаточных дозах или слишком раннее прекращение лече-

ния может привести к развитию устойчивых штаммов возбудителей, не поддающихся в дальнейшем действию сульфаниламидов.

Необходимо учитывать, что сульфаниламидные препараты могут вызывать развитие побочных явлений: тошноты, рвоты, дерматитов, лейкопении и др.

В процессе лечения необходимо тщательно следить за состоянием больного, систематически производить исследование крови.

Учитывая возможное развитие побочных явлений и появление устойчивости микроорганизмов к сульфаниламидным препаратам, следует указывать больным на недопустимость пользования этими лекарственными средствами без предписания медицинского персонала.

Белый стрептоцид. Применяется при лечении пневмонии, эпидемического церебрального менингита, рожи, ангины и других кокковых инфекций, острой и хронической гонореи, цистита, пиелита, колита. Применяется также для профилактики гнойных осложнений и лечения инфицированных ран.

Взрослым внутрь назначают по 0,5—1 г на прием несколько раз в день; всего в сутки 4—6 г.

Детям препарат назначают в меньших дозах в соответствии с возрастом: в возрасте до 1 года назначают по 0,05—0,1 г на прием; от 2 до 5 лет — по 0,2—0,3 г; от 6 до 12 лет — по 0,3—0,5 г.

При бессознательном состоянии и рвоте можно заменять назначение препарата внутрь введением в мышцы, под кожу или в вену растворимого белого стрептоцида.

Местно белый стрептоцид применяют в виде припудривания и вдувания в рану.

На рану наносят 5—10—15 г стрептоцида (наносимый на рану порошок стрептоцида следует предварительно простерилизовать). Одновременно с местным нанесением назначают стрептоцид внутрь.

При приеме белого стрептоцида иногда отмечается головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

При приеме больших количеств препарата возможны осложнения со стороны кровотворной системы (лейкопения, агранулоцитоз).

Противопоказаниями к лечению белым стрептоцидом являются декомпенсация сердечной деятельности, резко выраженный артериосклероз, тяжелые заболевания кровотворной системы (злокачественная анемия, лейкемия), активный туберкулез, нефрозы и нефриты, базедова болезнь, патологическая беременность.

Rp. Streptocidi albi solubilis 5,0
Sol. Glucosae 1% 100,0
M. Sterilisetur!
DS. По 20 мл на одно вливание (в вену)

Белый растворимый стрептоцид. Применяется главным образом в тех случаях, когда состояние больного (рвота, бессознательное состояние) не позволяет прибегать к назначению сульфаниламидных препаратов внутрь.

Внутримышечно и подкожно применяют 1—1,5% растворы, приготовленные на дистиллированной воде или на изотоническом растворе хлористого натрия; вводят до 100 мл 2—3 раза в сутки. Для внутривенных вливаний пользуются 2—5—10% растворами, приготовленными на дважды дистиллированной воде или на изотоническом растворе хлористого натрия, или на 1% растворе глюкозы. Вводят по 20—30 мл.

Rp. Norsulfazoli 0,5
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 2 таблетки каждые 4 часа

Норсульфазол (Б). Белый кристаллический порошок. Показания к применению такие же, как и к применению белого стрептоцида. Назначают внутрь: обычно на первый прием 2 г, а затем по 1 г через каждые 4—6 часов до падения температуры; в дальнейшем принимают по 1 г через 6 и 8 часов. Всего за курс лечения больной принимает 20—30 г препарата.

Детям норсульфазол назначают каждые 4—6—8 часов в следующих разовых дозах: в возрасте от 4 месяцев до 1 года — по 0,1—0,25 г, от 2 до 5 лет — по 0,3—0,6 г, от 6 до 12 лет — по 0,5—0,75 г. На первый прием дают двойную дозу.

При применении норсульфазола так же, как и других сульфаниламидных препаратов, рекомендуется поддерживать усиленный диурез (введение в организм в день до 2—3 л жидкости; после каждого приема препарата следует выпивать 1 стакан воды с добавлением 1/2 чайной ложки двууглекислой соды).

Rp. Sol. Norsulfazoli solubilis 10% 20,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенных инъекций по 5 мл 1—2 раза в сутки

Норсульфазол растворимый (Б). Применяется вместо норсульфазола в тех случаях, когда исключена возможность введения препарата в желудок. Как только состояние больного позволяет, переходят на введение норсульфазола внутрь. Вводят в вену 10% или 20% раствор. Назначают из расчета 0,5—1—2 г на вливание (5—10 мл 10—20% раствора). Введение производят медленно. Следует остерегаться попадания раствора под кожу (раздражение тканей).

Rp. Sulfodimezini 0,5
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 2 таблетки 4—6 раз в день

Rp. Sulfodimezini 0,5
Sulfazini
Methylsulfazini āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 6 раз в день

Сульфодимезин (Б). Белый кристаллический порошок. По действию близок к норсульфазолу; хорошо всасывается. Применяется при пневмококковых, стрептококковых, менингококковых инфекциях, а также при инфекциях, вызванных кишечной палочкой и другими микробами.

Взрослым назначают на первый прием 2—4 г, затем по 1 г каждые 4—6 часов до падения температуры, затем 2—3 дня по 1 г каждые 8 часов. Всего 20—30 г на курс лечения. Детям назначают в соответствии с возрастом: до 6 месяцев — 0,5 г первая доза и по 0,25 г каждые 12 часов; от 6 до 12 месяцев — 1 г первая доза и по 0,5 г каждые 12 часов; до 10 лет — 1,5 г первая доза и по 1 г каждые последующие 12 часов.

Сульфазин и метилсульфазин. По строению и действию близки к сульфодимезину.

Rp. Sol. Sulfacyli solubilis 30% 10,0
DS. Глазные капли по 1—2 капли 3 раза в день

Сульфацил-натрий (Б). Растворим в воде, растворы не раздражают ткани. Применяется для лечения инфицированных ран; особенно широко используется в глазной практике при конъюнктивитах, блефаритах, бленнорее, язвах роговицы и т. п.

Применяется в виде порошка (внутрь и для припудривания ран), мазей, растворов (20—30%).

Rp. Urosulfani 0,5
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 2 таблетки 3 раза в день

Уросульфан (Б). Белый кристаллический порошок, применяется главным образом при циститах, пиелитах, пиелонефритах и других инфекциях мочевых путей.

Назначается внутрь в порошках и таблетках по 0,5—1 г 3—5 раз в день. Средняя доза для взрослого 3 г в сутки.

Дозы для детей: 1—2,5 г в сутки в 4—5 приемов. Курс лечения от 6 до 12—14 дней.

Rp. Aethazoli 0,5
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки каждые 4 часа

Rp. Sol. Aethazoli solubilis 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл в вену (вводить медленно!)

Этазол (Б). Слегка желтоватый порошок, по действию близок к норсульфазолу, сульфодимезину; быстро всасывается, хорошо переносится.

Применяется при дизентерии, пиелитах, циститах, пневмониях, рожистом воспалении, ангине, перитоните, раневых инфекциях.

Назначается внутрь. Обычно взрослым дают по 1 г на прием каждые 4 часа в течение 6 дней подряд, затем делают 3-дневный перерыв и вновь назначают по 1 г каждые 4 часа в течение 3 дней. В первый день лечения общую дозу можно увеличить до 8 г.

Детям назначают в следующих дозах: до 2 лет — по 0,1—0,3 г каждые 4 часа; от 2 до 5 лет — по 0,3—0,5 г каждые 4 часа; от 5 до 12 лет — по 0,5 г каждые 4 часа.

Этазол-натрий (Б). Хорошо растворим в воде. Растворы не раздражают тканей. Вводится в вену и в мышцы.

Применяют 10% и 20% растворы из расчета 0,5—1—2 г на введение (5—10 мл 10% или 20% раствора). Внутривенное введение производят медленно. Как только позволяет состояние больного, переходят на назначение сульфаниламидных препаратов внутрь.

Rp. Sulgini 0,5
D. t. d. N. 24
S. По 2 таблетки 6 раз в день

Rp. Phthalazoli 0,5
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 2 таблетки 6 раз в день

Сульгин и фталазол (Б). Сульфаниламидные препараты, медленно всасывающиеся из желудочно-кишечного тракта.

Применяются при острой и хронической бациллярной дизентерии у взрослых и детей, при энтеритах, колитах, энтероколитах. Применяются также при подготовке к операциям на толстом и тонком кишечнике.

Назначают внутрь взрослым по 1 г на прием. В 1-й день лечения дают 6 раз в сутки; на первый прием дают 2 г; во 2-й и 3-й — 5 раз, в 4-й — 4 раза, в 5-й — 3 раза в сутки. Курс лечения продолжается обычно 5—7 дней.

При дизентерии часто назначают вместе с левомицетином (синтомицином) или биомицином.

При дизентерии назначают после первого цикла (5—6 дней лечения) второй цикл (после 5—6-дневного перерыва), во время которого больной получает всего 18—21 г препарата. Детям до 3 лет препараты назначают из расчета 0,2 г на 1 кг веса в сутки (в 3—4 приема). Детям старше 3 лет дают по 0,4—0,75 г на прием 4 раза в сутки.

Rp. Disulformini 1,0
D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 6 раз в день

Дисульформин. Белый кристаллический порошок; по действию сходен с сульгином и фталазолом.

Применяется при лечении острых и хронических энтероколитов и острой дизентерии.

Назначается внутрь взрослым по 1 г 6 раз в день (каждые 3 часа с ночным перерывом) в течение 4—5 дней. Детям до 3 лет назначают по 0,1—0,2 г на 1 кг веса в сутки (в 4—6 приемов); детям старше 3 лет — по 0,5 г на прием 5—6 раз в сутки.

Противотуберкулезные препараты[1]

Rp. Phthivazidi 0,5
D. t. d. N. 25
S. По 1 порошку 3 раза в день

Фтивазид (Б). Светло-желтый порошок со слабым ароматическим запахом; нерастворим в воде.

Относится к производным гидразида изоникотиновой кислоты. Оказывает антибактериальное действие по отношению к палочке туберкулеза.

Применяется при лечении всех форм туберкулеза легких у взрослых и у детей, туберкулеза гортани, полости рта, при костно-суставном туберкулезе и других формах туберкулеза.

Назначают фтивазид внутрь до еды в виде порошка или таблеток. Разовая доза для взрослых 0,3—0,5 г; дают 3—4 раза в день; суточная доза — 1,2—1,5 г. Детям назначают из расчета 0,02—0,03 г на 1 кг веса тела в сутки.

Часто фтивазид назначают совместно с ПАСК или со стрептомицином.

Курс лечения может продолжаться от $2^1/_2$—3 месяцев до 1 года и более.

Фтивазид обычно хорошо переносится. В некоторых случаях могут наблюдаться побочные явления: головокружения, головные боли, боли в области сердца, дерматиты, парестезии, дизурические явления, тошнота, рвота. При наступлении побочных явлений необходимо уменьшить дозу препарата или временно прекратить его применение.

Препарат противопоказан при стенокардии и пороках сердца с декомпенсацией, органических заболеваниях центральной нервной системы, заболеваниях почек нетуберкулезного характера.

Rp. Saluzidi 0,5
D. t. d. N. 25
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Sol. Saluzidi solubilis 5% 5,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5 мл в мышцы

Салюзид (Б). Кристаллический порошок желто-зеленого цвета, нерастворим в воде. По строению и химиотерапевтическим свойствам близок к фтивазиду. Показания и противопоказания к применению такие же, как и к применению фтивазида. Назначается внутрь по 0,5 г 2—3 раза в день.

Салюзид растворимый (Б). Желтоватый кристаллический порошок, растворимый в воде.

Выпускается в виде порошка и в ампулах в виде готового 5% раствора по 1, 2, 3, 5 и 10 мл и 10% раствора по 10 мл.

Может применяться подкожно, внутримышечно, внутривенно, в спинномозговой канал, а также местно для введения в полости и ткани и для промываний.

---

[1] См. также Стрептомицин.

Под кожу и внутримышечно можно вводить однократно до 10 мл 5% или 10% раствора (0,5—1 г препаратов); суточная доза может быть доведена до 2 г.

В вену вводят не более 10 мл 5% раствора; введение производят медленно — 1 мл в 1 минуту.

Для введения в полости применяют 5% и 10% растворы. Препарат можно разводить до желательной концентрации стерильным изотоническим раствором хлористого натрия.

При туберкулезном менингите препарат вводят в спинномозговой канал в виде 5% раствора в дозе 1,5—2 мг/кг веса тела (например, для больных весом 60 кг 90—120 мг или 1,8—2,4 мл 5% раствора). При хорошей переносимости доза препарата на инъекцию может быть увеличена до 2,5 мг/кг веса. Инъекции делаются ежедневно или через день, в зависимости от состояния больного и фазы заболевания.

Rp. Tubazidi 0,05
Sacchari 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 24
S. По 1 порошку 3 раза в день

Тубазид (Б). Гидразид изоникотиновой кислоты. Белый кристаллический порошок, растворимый в воде.

По характеру действия близок к фтивазиду. Показания к применению такие же, как и к применению фтивазида.

Назначают тубазид обычно внутрь. При необходимости может вводиться в виде свечей или внутримышечно. Может также применяться в виде водных растворов для промывания свищей и полостей.

Обычно в первые 2—3 дня дают по 0,1—0,2 г в сутки (в 2—3 приема), затем при хорошей переносимости дозу увеличивают до 0,3—0,4 г в день. При ректальном и внутримышечном введении применяют те же дозы. Для промываний полостей применяют 1% и 2% водные растворы.

Средняя продолжительность курса 3—4 месяца; при туберкулезном менингите и милиарном туберкулезе — до 1 года и более.

Тубазид более токсичен, чем фтивазид.

В процессе лечения могут развиться головная боль, головокружение, бессонница, невриты и другие осложнения.

При появлении осложнений необходимо уменьшить дозу, а при необходимости — прекратить назначение препарата.

Противопоказаниями к назначению тубазида служат эпилепсия, склонность к судорогам, психические заболевания, нейросифилис, ранее перенесенный полиомиелит, функциональная недостаточность почек и печени, выраженный артериосклероз.

Метазид — синтетический противотуберкулезный препарат, близкий по строению к фтивазиду и тубазиду. Значительно менее токсичен, чем тубазид.

Показания для применения такие же, как у фтивазида. Назначают внутрь перед едой взрослым — по 0,2—0,3—0,5 г на прием 3 раза в день. Дозы для детей — из расчета 0,02 г на 1 кг веса тела в сутки (в 3—4 приема). Продолжительность лечения такая же, как при применении фтивазида.

Rp. Larusani 0,2
D. t. d. N. 24 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Ларусан. Желтый порошок, мало растворим в воде. По строению, действию и показаниям к применению близок к фтивазиду.

Назначается внутрь взрослым по 0,2—0,3 г 3 раза в сутки,

Детям в возрасте 5—8 лет назначают по 0,05 г 3 раза в сутки, детям старшего возраста — по 0,1 г 3 раза в сутки.

Rp. Natrii para-amino-salicylici 2,0
D. t. d. N. 40
S. По 1 порошку 4 раза в день

Натриевая соль пара-аминосалициловой кислоты (ПАСК). Белый кристаллический порошок, растворимый в воде. Обладает антибактериальной активностью к палочке туберкулеза.

Применяется при лечении разных форм туберкулеза, особенно эффективен при инфильтративных процессах и при обострениях хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Часто назначается вместе с фтивазидом, стрептомицином и другими противотуберкулезными препаратами.

Назначается внутрь из расчета 0,2 г на 1 кг веса в сутки; обычно взрослым дают по 2—3 г на прием (детям от 0,025 до 2 г) 4 раза в сутки. Принимают через 30 минут после еды, запивают 1/4 стакана воды.

У истощенных больных с малым весом, а также при плохой переносимости препарата следует уменьшить суточную дозу до 6—8 г.

Иногда увеличивают суточную дозу препарата до 14—16 г (по 3,5 или 4 г на прием). Курс лечения продолжается ориентировочно до 3 месяцев и более.

Противомалярийные препараты

Rp. Acrichini 0,1
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Sol. Acrichini (pro injectionibus) 4% 30,0
Sterilisetur!
DS. Вводить под кожу или в мышцы по 7,5 мл взрослому

Rp. Bigumali 0,1
D. t. d. N. 18 in tabul.
S. Принимать в первый день 2 раза по 3 таблетки и в остальные 4 дня по 3 таблетки 1 раз в день

Rp. Chloridini 0,025
D. t. d. N. 4
S. По 1 таблетке в день в течение 4 дней

Хлоридин (Б). Белый кристаллический порошок, в воде нерастворим. Новый активный противомалярийный препарат. Применяется для лечения острых приступов трехдневной и тропической малярии.

Назначается только внутрь по 0,025—0,05 г в сутки (в 1—2 приема) в течение 2—4 дней; на курс лечения взрослым — 0,1—0,2 г; детям — меньше соответственно возрасту.

Rp. Chinini hydrochlorici 0,5
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 2 раза в день

Противосифилитические препараты [1]

Rp. Novarsenoli 0,15 (0,3—0,45—0,6)
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Растворить в 5—6 мл дистиллированной свежепростерилизованной воды. Вводить в вену (в течение 1—2 минут)

Rp. Bijochinoli 50,0
S. В мышцы по 3 мл 1 раз в 3 дня
На курс 40—50 мл. Перед употреблением подогреть и тщательно взболтать

---

[1] См. также Пенициллин.

Rp. Myarsenoli 0,15 (0,3—0,45—0,6)
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Растворнть в 2 мл днстнллированной свежепростерилнзованной воды. Вводнть в мышцы

Rp. Osarsoli 0,25
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp. Ung. Hydrargyri cinerei 4,0
D. t. d. N. 12 in charta cerata
S. Втнрать в кожу ежедневно. На курс 36—42 втнрания

Rp. Hydrargyri salicylici 3,0
Ol. persicorum 27,0
M. Sterilisetur!
DS. По 1 мл 1 раз в 5 дней в мышцы, на курс 10—12 ннъекцнй

Rp. Bismoveroli 50,0
DS. В мышцы по 1 мл через день. На курс 16—20 мл. Перед употреблением подогреть н тщательно взболтать

Rp. Bithiuroli 50,0
DS. В мышцы по 1 мл через день. На курс 25 мл. Перед употреблением подогреть и тщательно взболтать

Rp. Hydrargyri cyanati 0,3
Aq. destill. 30,0
M. Sterilisetur!
DS. В вену начать с 0,5 мл, затем 0,75 мл н 1 мл ежедневно, на курс 20 инъекций

Rp. Hydrargyri bijodati 0,06—0,1
Kalii jodati 8,0—10,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день после еды, запнвая молоком

Rp. Hydrargyri cyanati 0,3
Aq. destill. 15,0
M. Sterilisetur!
DS. В мышцы по 1 мл через день, на курс 20 инъекцнй

Средства для лечения лейшманиоза и амебной дизентерии

Rp. Sol. Solusurmini 20% 20,0
Sterilisetur!
DS. Для внутрнвенных введений

Солюсурьмнн. Сурьмяный препарат. Белый порошок, хорошо растворнмый в воде. Применяется для леченння внсцерального н кожного лейшманиоза. Вводят в вену нлн под кожу.

Дозы для взрослых, начиная от 0,04 г на 1 кг веса больного с увеличением к 3-й ннъекцнн до 0,1 г на 1 кг веса; доза для детей, начиная с 0,04—0,05 г на 1 кг до 0,12—0,15 г на 1 кг веса; курс лечення 10—16 ннъекцнй.

Rp. Aminarsoni 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день в теченне 10 дней (для взрослых)

Амнарсон (А). Производное мышьяковой кислоты. Белый кристаллнческнй порошок, малорастворнмый в воде. Применяется для лечения амебной днзентерии. Взрослым назначают по 0,25 г 3 раза в день в течение 10 дней. Суточная доза для детей от 0,12 до 0,75 г, в завнснмостн от возраста. Противопоказан прн заболеваннях печени, почек, нервной системы, дерматитах, язвенной болезни, прн беременности.

Rp. Yatreni 0,5
D. t. d. N. 10 in capsulis gelatinosis
S. По 1 капсуле 3 раза в день (при амебной дизентерии). Цикл лечения — 8—10 дней. После 10-дневного перерыва цикл лечения можно повторить (суточная доза для детей от 0,1 до 1 г в зависимости от возраста)

Противоглистные препараты

Rp. Santonini 0,05
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 2 таблетки 3 раза в день (взрослому) (прием каждых двух таблеток с промежутками в 1 час); курс лечения 2 дня

Rp. Tabul. Sancapheni N. 10
DS. На 2 дня по 5 таблеток в день (ребенку 10 лет)

Санкафен. Таблетки, содержащие по 0,016 г сантонина, 0,0065 г каломели и 0,016 г фенолфталеина.

Применяется наравне с сантонином при лечении аскаридоза. Лечение проводится в течение 2 дней. Назначают на каждый день детям 2—3 лет по 2 таблетки; 4—6 лет — по 3 таблетки; 7—9 лет — по 4 таблетки; 10—13 лет — по 5—6 таблеток; 14—16 лет — по 7—8 таблеток и старше 16 лет — по 9—10 таблеток.

Rp. Heptylresorcini 0,1
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке через 5 минут; всего на прием 15 таблеток (для взрослых)

Гептилрезорцин (Б). Кристаллический порошок белого цвета. Выпускается в продажу в дражированных таблетках по 0,1 г в защитной оболочке.

Применяется при лечении аскаридоза, а также трихоцефалеза (заражение власоглавом) и анкилостомидоза (заражение анкилостомами и некаторами).

Гептилрезорцин вызывает раздражение тканей и поэтому применяется в таблетках, покрытых специальной оболочкой. Больные должны проглатывать таблетку, не разжевывая ее.

Назначают таблетки гептилрезорцина внутрь однократно в следующих дозах: больным старше 16 лет — 1,4—1,5 г (14—15 таблеток); детям от 10 до 16 лет — 1—1,2 г (10—12 таблеток); детям от 5 до 10 лет — по 0,1 г (1 таблетку) на год жизни. Детям до 5 лет гептилрезорцин не назначают. Высшая разовая и суточная доза для взрослых — 1,5 г.

Препарат противопоказан при язвенных поражениях слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Rp. Piperazini 3,0
Sirupi simplicis 100,0
MDS. По 2 столовые ложки 3 раза в день после еды (взрослому)

Rp. Piperazini adipinici (s. sulfurici) 0,25
D. t. d. N. 12
S. По 4 таблетки 2 раза в день после еды (ребенку 12 лет)

Пиперазин. Бесцветное кристаллическое гигроскопическое вещество, легко растворимое в воде.

Новый противоглистный препарат; весьма эффективен при лечении аскаридоза и энтеробиоза. Хорошо переносится; не вызывает побочных явлений. Назначается внутрь в виде водного раствора или в сахарном сиропе.

При аскаридозе назначают в течение 2 дней подряд, взрослым по 1 г пиперазина на прием 3 раза в день. Детям назначают также в течение 2 дней в следующих дозах:

Возраст	Разовая доза в г	Количество приемов в день
1 год	0,2	2
2—3 года	0,2	3
4—6 лет	0,5	2
7—9 „	0,5	3
10—14 „	1	2
15 лет и старше	1	3—4

Препарат принимают через $^1/_2$—1 час после еды. После окончания лечения назначают слабительное (пурген, ревень, солевое слабительное). Специальной диеты во время лечения не требуется.

Пиперазин адипинат и пиперазин сульфат. Оказывают противоглистное действие, не гигроскопичны и могут применяться в порошке в виде таблеток. Дозы и порядок приема такие же, как для пиперазина.

Rp. Sulfuris depurati
Pulv. Liquiritiae compositi āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3 раза в день перед едой, 5 дней подряд (ребенку 5 лет при энтеробиозе)

Rp. Sulfuris praecipitati 0,5
D. t. d. N. 15
S. По 1 порошку 3 раза в день перед едой, 5 дней подряд (взрослому при энтеробиозе)

Rp. Thymoli 0,75
D. t. d. N. 12 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле 4 раза через каждые 15 минут; принимать в течение 3 дней подряд (больному 20-летнего возраста при анкилостомидозе)

Rp. Gentianvioleti medicinalis 0,08
D. t. d. N. 15 in caps. gelat.
S. По 1 капсуле 3 раза в день за 1 час до еды (при энтеробиозе)

Rp. Extr. Filicis maris aetherei 0,5
D. t. d. N. 6 in capsulis gelatinosis
S. Принимать по 1 капсуле каждые 5 минут (взрослому)

Rp. Extr. Filicis maris aetherei 0,6
Mellis depurati 25,0
MDS. Принять в течение часа в два приема (ребенку 6 лет при карликовом цепне)

Rp. Filixani 0,5
D. t. d. N. 14 in tabul.
S. На один прием по 2 таблетки каждые 5 минут (взрослому)

Филиксан (Б). Таблетки, содержащие по 0,5 г сухого экстракта мужского папоротника. Применяется наравне с этим экстрактом. Назначают взрослым по 14—16 таблеток (7—8 г); детям 2—5 лет — по 2—5 таблеток (1—2,5 г); 6—10 лет — 6—8 таблеток (3—4 г); 11—15 лет — 10—12 таблеток (5—6 г).

Высшая доза для взрослого — 10 г (20 таблеток).

Rp. Acrichini 0,1
D. t. d. N. 8 in tabul.
S. На один прием взрослому (при тениидозе) принимать по 1—2 таблетки каждые 5—10 минут

Акрнхин. Прнменяют не только для леченпя малярнн, но также как протнвоглнстное средство, при зараженни бычьим, свиным н карлнковым цепнем, шнрокнм лентецом. Назначают препарат однократно — взрослым в дозе 0,8 г; детям в возрасте 3—4 лет — 0,15—0,2 г; 5—6 лет — 0,25—0,3 г; 7—9 лет — 0,35—0,4 г; 10—12 лет — 0,45—0,5 г; 13—14 лет — 0,6 г; 15—16 лет — 0,7 г. Через ½—1 час после прнема последней таблеткн дают солевое слабительное или венское питье.

Антисептические средства

а) Антисептики для наружного прнменення

Rp. Sol. Chloramini 0,25% 200,0
S. Для промывания раи

Rp. Antiformini 50,0
S. Для дезинфекцни слизистых полостн рта (прн гингнвитах, стоматнтах)

Rp. Jodoformii 2,5
DS. Прнсыпка (при язвах, ранах, ожогах)

Rp. Jodoformii 2,5
Vaselini ad 25,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Sol. Hydrogenii peroxydati dilutae 50,0
DS. 1 столовую ложку на 1 стакан воды (для полоскаинй)

Rp. Perhydroli 5,0
Aq. destill. 15,0
MDS. Для смазывання десен (прн язвенном стоматите)

Rp. Perhydroli 10,0
Aq. destill. 40,0
MDS. По 1 чайной ложке на стакан воды (для полосканий)

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 0,1% 500,0
DS. Для промывання ран

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 1% 200,0
DS. 30—40 капель на стакан воды (для полосканнй)

Rp. Formalini 50,0
DS. По ½ чайной ложкн на 2 стакана воды (для обмывання ног)

Rp. Sol. Acidi carbolici 3% 200,0
DS. Наружное

Rp. Phenoli 0,5
Glycerini 10,0
DS. Ушные каплн. По 10 капель 2—3 раза в день в теплом виде (при воспалении среднего уха)

Rp. Lysoli 4,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Для дезннфекцни

Rp. Lysoli medicinalis 25,0
DS. По 1—2 чайные ложкн на 1 л воды (для спрннцеваний)

Rp. Sol. Resorcini 2% 100,0
DS. Примочка

Rp. Resorcini 0,1
Spiritus vini 95% 5,0
Aq. destill. 15,0
MDS. Ушные каплн. По 1—2 капли в ухо

Rp. Resorcini
Acidi salicylici āā 2,0
Spiritus vini 70° ad 100,0
MDS. Наружное (для обтнраннй прн снкозе)

Rp. Resorcini
Acidi salicylici āā 15,0
Vaselini 70
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Resorcini 1,0
Spiritus vini 70° ad 200,0
Ol. Ricini 2,0
MDS. Для протнрания кожи головы прн перхоти

Rp. Resorcini 0,8
Sulfuris praecipitati 2,0
Zinci oxydati
Amyli Tritici āā 8,0
Vaselini 20,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при угрях обыкновенных)

Rp. Resorcini
Acidi salicylici āā 1,0
T-rae Jodi 2,0
Spiritus vini 70° 50,0
MDS. Наружное (прн снкозе)

Rp. Picis liquidae
Sulfuris praecipitati āā 5,0
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Phenoli puri liquefacti 1,0
Spiritus vini 10,0
MDS. Смазывание (при сикозе и других заболеваниях кожи)

Rp. Picis liquidae 3,0—5,0
Talci
Amyli Tritici āā 20,0
Glycerini 10,0
Aq. destill.
MDS. Наружное. Взбалтывать (при экземе лица)

Rp. Picis liquidae 1,5
Ung. Paraffini 15,0
M. f. ung.
DS. Дегтярная мазь

Rp. Picis liquidae
Saponis viridis
Spiritus vini āā 15,0
M. f. linim.
DS. Наружное (мыльно-дегтярный спирт)

Rp. Ung. Wilkinsoni 20,0
MDS. Смазывать кожу при чесотке

Rp. Ung. Wilkinsoni 20,0
Pastae Zinci ad 100,0
MDS. Смазывать кожу (при экземе и грибковых заболеваниях кожи)

Rp. Ichthyoli 5,0
Vaselini
Lanolini āā 25,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при экземе)

Rp. Ichthyoli 3,0
Talci
Amyli Tritici āā 30,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Albichtholi 5,0
Vaselini 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Naphthalani 98,0
Ac. salicylici 2,0
M. f. ung.
DS. Мазь (салицилово-нафталанная мазь)

Rp. Zinci oxydati
Amyli Tritici
Naphthalani āā 10,0
M. f. pasta
DS. Паста (цинково-нафталанная паста)

Rp. Ol. Rusci 3,0
Pastae Zinci ad 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Zinci oxydati
Amyli Tritici
Picis liquidae āā 5,0
Naphthalani 20,0
M. f. pasta
DS. Паста (цинково-дегтярно-нафталанная паста)

Rp. Naphthalani 5,0
Talci 50,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Emuls. Naphthalani 5,0
DS. Для смачивания компрессов

Rp. Balsami Schostakowsky 20,0
Ol. Helianthi seu Persicorum 80,0
MDS. Наружное для смачивания салфеток

Rp. Argenti nitrici 0,25
Balsami Schostakowsky 1,0
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при заболеваниях кожи)

Rp. Sol. Trypaflavini 0,1% 100,0
DS. Для промываний (при инфицированных ранах)

Rp. Rivanoli 0,2
Aq. destill. 400,0
MDS. Для промывания ран

Rp. Sol. Rivanoli 0,5% 15,0
DS. Глазные капли

Rp. Rivanoli 0,1
Aq. destill. 100,0
MDS. Для промывания глаз

Rp. Methyleni coerulei 1,0
Spiritus vini 70° 50,0
MDS. Для смазывания (при ожогах, рожистом воспалении и т. п.)

Rp. Viridis nitentis 0,5
Spiritus vini 70° 100,0
MDS. Наружное (для смазывания кожи при пиодермии)

Rp. Viridis nitentis 0,3
Spiritus vini 70° 10,0
Aq. destill. 20,0
MDS. Наружное (для смазывания краев век при блефарите)

Бриллиантовая зелень (Viride nitens) входит в состав антисептической жидкости Новикова, состав которой: танина 1 часть, бриллиантовой зелени 0,2 части, спирта 96° 0,2 части, масла касторового 0,5 части, коллодия 20 частей.

Коллоидальная масса быстро высыхает и образует на коже плотную эластическую пленку.

Применяется как антисептическое средство для обработки мелких кожных повреждений. Кожу вокруг места поражения очищают, при необходимости протирают бензином (в случае загрязнения маслами), затем жидкость наносят непосредственно на поврежденный участок и окружающую кожу.

Жидкость нельзя применять при обильных кровотечениях, инфицированных ранениях.

Жидкость огнеопасна. Хранить следует в сосуде с притертой или резиновой пробкой, вдали от огня.

Rp. Sol. Furacilini 1 : 5000 10,0
DS. Глазные капли. По 1—2 капли в глаз 2 раза в день

Rp. Sol. Furacilini 1 : 5000 500,0
DS. Для промываний

Rp. Furacilini 0,1
Lanolini 20,0
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Chinosoli 0,2
Aq. destill. 200,0
MDS. Для промывания ран

Rp. Chinosoli
Acidi borici āā 0,2
Butyri Cacao q. s. ut. f. globulus vaginalis
D. t. d. N. 6
S. Влагалищные (противозачаточные) шарики

Rp. Sol. Chinosoli 5% 100,0
DS. По 2 столовые ложки на кружку воды (для спринцеваний)

Rp. Hydrargyri bichlorati 0,2
Acidi carbolici 4,0
Lanolini
Vaselini āā 50,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при плоском красном лишае)

Rp. Hydrargyri bichlorati
Sol. Acidi acetici 3% 150,0
MDS. Наружное (при стригущем лишае)

Rp. Sol. Protargoli 0,5% 200,0
DS. Для промывания мочевого пузыря

Rp. Sol. Protargoli 1% 10,0
DS. Глазные капли

Rp. Ung. Hydrargyri praecipitati albi 5% 30,0
DS. Мазь

Rp. Hydrargyri praecipitati flavi 0,1
Vaselini albi 10,0
M. f. ung.
DS. Глазная мазь

Rp. Hydrargyri praecipitati flavi 0,6
Ichthyoli 0,8
Pastae Zinci 20,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при сикозе)

Rp. Hydrargyri praecipitati flavi 1,0
Sulfuris praecipitati 1,5
Vaselini 30,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при себорее)

Rp. Sol. Argenti nitrici 2% 5,0
D. in vitro nigro
S. Глазные капли. По 1 капле в каждый глаз новорожденному (тщательно проверить концентрацию раствора!)

Rp. Sol. Argenti nitrici 1% 100,0
D. in vitro nigro
S. Для промывания мочевого пузыря

Rp. Sol. Argenti nitrici 5% 5,0
D. in vitro nigro
S. Для смазываний (при эрозии шейки матки)

Rp. Argenti nitrici 1,0
Balsami Schostakowsky 10,0
Vaselini albi 100,0
M. f. ung.
DS. Мазь

Rp. Sol. Collargoli 2% 200,0
DS. Для спринцевания

Rp. Sol. Collargoli 2% 15,0
DS. Глазные капли

Бактерицидная бумага. Пористая бумага, пропитанная солями серебра.

Предназначена для применения при небольших ранах, ссадинах и ожогах II степени с удалением пузырем.

Бактерицидную бумагу слегка смачивают дистиллированной или обычной водой, накладывают на пораженный участок, накрывают тонким слоем ваты и закрепляют бинтом. При кровоточащих поражениях смачивание бумаги не требуется.

Сохраняют в амбулаториях в банках из фарфора или темно-коричневого стекла, а в полевых или домашних условиях — в фабричной упаковке.

Rp. Cupri sulfurici 0,025
Aq. destill. 10,0
MDS. Глазные капли (по 2—3 капли в глаз)

Rp. Cupri citrici 0,5
Lanolini
Vaselini āā 5,0
M. f. ung.
MDS. Глазная мазь (при трахоме)

Rp. Sol. Zinci sulfurici 0,25% 10,0
DS. Глазные капли (по 2 капли в глаз 2 раза в день)

Rp. Zinci sulfurici
Plumbi acetici āā 0,3
Aq. destill. 20,0
MDS. Для спринцеваний

Rp. Zinci sulfurici 0,025
Sol. Acidi borici 2% 10,0
MDS. Глазные капли (по 2 капли в глаз 2 раза в день)

Rp. T-rae Jodi 5% 10,0
DS. Для смазывания кожи

Rp. Acidi salicylici 5,0
Ol. Terebinthinae
Lanolini āā 10,0
Chloroformii 3,0
Vaselini 40,0
M. f. ung.
DS. Втирание (в область воспаленных суставов)

Rp. Acidi borici 20,0
DS. По 1 чайной ложке на стакан воды (для полоскания рта и зева)

Rp. Sol. Acidi borici 2% 100,0
DS. Для промывания глаз

Rp. Zinci sulfurici 0,03
Sol. Acidi borici 2% 10,0
MDS. Глазные капли, по 2 капли в каждый глаз 2—3 раза в день

Rp. Acidi borici 1,0
Vaselini 9,0
DS. Мазь (выпускается в готовом виде под названием «Борная мазь»)

Rp. Acidi salicylici 1,0
Spiritus vini 70° 50,0
MDS. Для смазывания кожи (салициловый спирт)

Rp. Acidi salicylici
Resorcini āā 0,5
Spiritus vini 70° 50,0
MDS. Протирать кожу (при зуде, себорее)

Rp. Acidi salicylici 1,0
Zinci oxydati 5,0
Talci
Amyli Tritici āā 22,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка (выпускается в готовом виде под названием «Гальманин»); применяется при потливости ног

Rp. Acidi salicylici 1,0
Zinci oxydati
Amyli Tritici āā 12,5
Vaselini flavi ad 50,0
M. f. pasta
DS. Наружное (паста Лассара)

Rp. Acidi benzoici 0,6
Acidi salicylici 0,3
Vaselini 10,0
M. f. ung.
DS. Мазь (при грибковых заболеваниях кожи)

Rp. Acidi borici 1,0
Talci 50,0
Boli albae 10,0
Amyli Tritici 10,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка (так называемая детская присыпка Болюс)

Rp. Acidi borici 5,0
Zinci oxydati 25,0
Ung. Naphthalani 45,0
Amyli Tritici 25,0
MDS. Паста (выпускается в готовом виде под названием «Борно-цинково-нафталанная паста»)

Rp. Acidi borici 3,0
Spiritus vini 70° 10,0
MDS. Ушные капли (по 5 капель 2 раза в день)

Rp. Acidi borici 10,0
Acidi salicylici 5,0
Zinci oxydati 25,0
Talci 50,0
M. f. pulv.
DS. Присыпка

Rp. Acidi borici 0,1
Chinosoli 0,03
Butyri Cacao q. s. ut f. globulus vaginalis
D. t. d. N. 10
S. Влагалищные шарики (противозачаточное средство) выпускаются в готовом виде под названием «Контрацептин» в упаковке по 10 шариков

Rp. Natrii biborici
Natrii bicarbonici āā 20,0
Natrii chlorati 10,0
Ol. Menthae gtts III
M. f. pulv.
DS. По 1 чайной ложке на стакан теплой воды (для полоскания горла)

Rp. Boracis 2,5
Glycerini 5,0
Spiritus vini ad 10,0
MDS. Наружное (для смазывания)

Rp. Sol. Gramicidini 2% 2,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Развести 2 мл в 200 мл стерильной дистиллированной воды. Для наружного применения

Rp. Sol. Colimycini 0,25% 100,0
DS. Для промывания ран

б) Антисептики для внутреннего применения

Rp. Urotropini 0,5
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день (при цистите, пиелите)

Rp. Saloli
Bismuthi subnitrici āā 0,25
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Saloli
Urotropini āā 0,5
D. t. d. N. 6 in tabul.
S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Sol. Urotropini 40% 10,0
D. t. d. N. 6 in amp.
S. По 5—10 мл в вену (при менингите)

Rp. Benzonaphtholi 0,3
D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3—4 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Benzonaphtholi
Saloli āā 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Methyleni coerulei 0,1
D. t d. N. 10 in capsulis gelat.
S. По 1 капсуле 2 раза в день (при цистите, уретрите)

Фитонцидные препараты

Rp. T-rae Allii sativi 15,0
DS. По 10—20 капель 2—3 раза в день перед едой (при гнилостных процессах в кишечнике, при атонии кишечника)

Rp. Allilglyceri 100,0
DS. Для смачивания тампонов (при лечении трихомонадных кольпитов)

Rp. Allilsati 30,0
DS. По 15 капель 3 раза в день

Rp. Imanini 1,0
Lanolini 5,0
Vaselini 15,0
M. f. ung.
DS. Мазь

СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Rp. Novembichini 0,01
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенных инъекций

Новэмбихин (А). Производное ди(2-хлорэтил)амина. Белый кристаллический порошок. Хорошо растворимый в воде. Применяется при лечении ранних стадий лимфогранулематоза и хронических миелолейкозов. Вводится внутривенно из расчета 0,07—0,15 мг на 1 кг веса больного. Курс лечения состоит из 8—20 инъекций. Препарат обладает высокой токсичностью. Лечение производится под тщательным врачебным наблюдением.

Rp. Sarcolysini 0,02
D. t. d. N. 6 in amp.
S. Для внутривенных инъекций

Сарколизин (А). По химическому строению близок к новэмбихину. Применяется только в лечебных учреждениях для лечения некоторых форм злокачественных новообразований: семиномы яичка, ретикулосаркомы, костных опухолей Юинга.

Назначается внутрь и внутривенно. Для применения внутрь выпускается в таблетках по 0,01 г (10 мг); для внутривенного введения выпускается в сухом виде, в запаянных ампулах емкостью 20 мл по 0,01; 0,02; 0,03; 0,04 и 0,05 г.

Разовая доза для взрослого (весом 60—70 кг) составляет 0,02—0,05 г, при весе меньше 50 кг и детям назначают по 0,0005—0,0007 г (0,5—0,7 мг) на 1 кг веса. Вводят 1 раз в неделю; всего 4—7 введений. Обычно препарат дают в убывающих дозах: начиная с 0,04—0,05 г (40—50 мг) на первый прием (или инъекцию), затем по 30—20 мг, а в некоторых случаях — по 10 мг.

На курс всего применяют 0,1—0,25 г препарата. Высшая суммарная доза на курс 0,25 г (для взрослого).

Сарколизин обладает высокой токсичностью. Лечение должно производиться под тщательным врачебным наблюдением.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Г

Д

Ж

З

И

Й

К

Р

С

Т

У

Ф

Я

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I

Внутренние болезни

Кандидат медицинских наук *В. И. Кристман*

Глава II

Лучевая болезнь

Доцент *И. Н. Иванов*

Глава III

Инфекционные болезни

Проф. *К. В. Бунин*

Глава IV

Детские болезни

Под редакцией доктора медицинских наук *И. М. Беркович*

Глава V

Хирургические болезни

Проф. *А. Н. Великорецкий* и доцент *В. А. Кружков*

Глава VI

Нервные болезни

Доцент *М. Я. Турецкий*

Глава VII

Психические заболевания

Проф. М. Я. Серейский

Глава VIII

Акушерство

Проф. *Е. И. Кватер*

Глава IX

Женские болезни

Проф. *Е. И. Кватер*

Глава X

Болезни уха, носа и горла

Проф. *А. Г. Лихачев*

Глава XI

Глазные болезни

Проф. *З. А. Павлова-Каминская* и проф. *А. Б. Коленко*

Глава XII

Кожные болезни

Доцент *Е. Я. Хесин*

Глава XIII

Венерические болезни

Проф. *В. Я. Арутюнов* и доцент *Е. Я. Хесин*

Глава XIV

Медицинская техника

Кандидат медицинских наук *В. И. Кристман*

Глава XV

Простейшие лабораторные исследования

Кандидат медицинских наук *В. И. Кристман*

Глава XVI

Первая помощь при внезапных заболеваниях и отравлениях

Кандидат медицинских наук *В. И. Кристман*

Глава XVII

Рецептура и Фармакологические сведения о лекарственных препаратах

Проф. *М. Д. Машковский*

МЕДИЦИНСКИЙ СПРАВОЧНИК
ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВ

Редактор *В. А. Рыбасов*
Техн редактор *Ю. С. Бельчикова*
Корректор *В. И. Щербакова*
Переплет художника *Б. И. Фомина*

Сдано в набор и в печать 10/V 1960 г. Формат бумаги $60 \times 92^1/_{16}$ = 45,5 печ. л. (условных 45,5 л.), 73,36 уч.-изд. л. Тираж 100 000 экз. Т-04294. МС-03

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Заказ 615
Цена 36 р. 70 к. Переплет 2 р.

Ленинградский Совет народного хозяйства. Управление полиграфической промышленности. Типография № 1 «Печатный Двор» им. А. М. Горького.
Ленинград, Гатчинская, 26.